

Gesundheit im Sozialgefüge

**Soziale Ungleichheit, soziale Rollen und Gesundheit
in der Schweiz, 1992 und 2002 im Vergleich**

Abhandlung zur Erlangung der Doktorwürde

der Philosophischen Fakultät

der Universität Zürich

vorgelegt von

Claudia König

von Zürich/ZH

Angenommen im Frühlingssemester 2008 auf Antrag von
Herrn Prof. Dr. Volker Bornschiefer und Herrn Prof. Dr. Peter C. Meyer

Zürich, 2008

TAUSEND DANK

Beim Verfassen dieser Arbeit habe ich das Glück gehabt, von vielen Seiten unterstützt, ermutigt und ermuntert zu werden, das Ziel nicht aus den Augen zu verlieren. Dafür bin ich sehr dankbar. Besonders danken möchte ich dabei meinen beiden Doktorväter Prof. Dr. Volker Bornschieer und Prof. Dr. Peter C. Meyer, die stets an ein gutes Gelingen geglaubt und mich immer wieder durch hilfreiche Anregungen, Inputs und Interesse an meinen Befunden zur Weiterarbeit motiviert haben. Dankbar bin ich auch für die Unterstützung meiner Kollegen Dr. Thomas Volken, Dr. Hanno Scholtz, Dr. Amir Sheikhzadegan, Dr. Mark Herkenrath und Dr. Daniel Künzler, die geduldig alle Hochs und Tiefs miterlebt haben und immer ein offenes Ohr und Unmengen an guten Ratschlägen aller Art bereit hatten. Es freut mich sehr, dass sich in den vergangenen Jahren neben der arbeitsbedingten Zusammenarbeit auch eine schöne Freundschaft entwickelt hat. Dankend erwähnen möchte ich weiter Dr. Markus Lamprecht und Dr. Hanspeter Stamm, bei denen ich während meiner „Wanderjahre“ viele wichtige und lehrreiche Erfahrungen sammeln durfte. Ein weiterer Dank geht an meine Lieblingsbibliothekarin Britta Biedermann, die unbürokratisch und mit stoischer Gelassenheit meine Bücher unzählige Male verlängert hat. Dankbar bin ich weiter für die Hilfe der Informatik-Druiden John Flury und Peter Rusterholz, die für alle möglichen und unmöglichen Softwarekrisen einen Zaubertrank (oder auch eine CD-Rom) bereit hatten. Ein weiterer Dank geht an Marianne Schindler, Heidi Moor und die anderen guten Feen des Dekanats der philosophischen Fakultät und der Universitätsverwaltung, die alle Hebel in Bewegung gesetzt haben, damit diese Arbeit ordentlich lektoriert in Rekordzeit publiziert werden konnte. Schliesslich möchte ich meinen Eltern danken, die mich zu dem Menschen haben werden lassen, der ich heute bin und last but certainly not least danke ich Alonzo Jones für seine Geduld und Unterstützung.

INHALT

TAUSEND DANK	3
INHALT	5
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	7
TABELLENVERZEICHNIS	9
ZUSAMMENFASSUNG	11
1 EINLEITUNG UND ÜBERSICHT	17
2 SOZIALE BEDINGUNGEN FÜR GESUNDHEIT UND KRANKHEIT: ÜBERLEGUNGEN UND DEFINITIONEN	21
2.1 GESUNDHEIT ALS SOZIALES KONSTRUKT	21
2.1.1 <i>Lieber gesund als krank</i>	21
2.1.2 <i>Gesundheit und Krankheit in verschiedenen Bezugssystemen</i>	21
2.1.3 <i>Gesundheit in Abhängigkeit von Normalitätsvorstellungen</i>	23
2.1.4 <i>Definition Gesundheit</i>	24
2.2 SOZIALE UNGLEICHHEIT.....	25
2.2.1 <i>Was ist soziale Ungleichheit?</i>	25
2.2.2 <i>Der sozioökonomische Status</i>	27
2.2.3 <i>Die Kritik am Schichtmodell</i>	29
2.2.4 <i>Neue Konzepte zur Beschreibung und Klärung von Ungleichheit</i>	32
2.2.5 <i>Folgerungen für die Untersuchung von sozialer Ungleichheit und Gesundheit</i>	36
2.3 CHANCENGLEICHHEIT	39
2.3.1 <i>Was ist Chancengleichheit?</i>	39
2.3.2 <i>Chancengleichheit im Bildungssystem</i>	41
2.3.3 <i>Chancengleichheit im Gesundheitssystem</i>	42
2.3.4 <i>Zuständigkeit für die Wahrung der Chancengleichheit im Bezug auf Gesundheit</i>	46
2.4 SOZIALE UNGLEICHHEIT UND GESUNDHEIT	47
2.4.1 <i>Empirische Befunde zur gesundheitlichen Ungleichheit</i>	47
2.4.2 <i>Gesundheit und soziale Ungleichheit in der Schweiz</i>	49
2.4.3 <i>Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit: Ein Erklärungsmodell</i>	53
3 ANSÄTZE, MODELLE UND THEORIEN	59
3.1 UNGLEICHHEIT MACHT KRANK: DIE RELATIVE EINKOMMENSCHYPOTHESE	59
3.1.1 <i>Liberté, Egalité, Fraternité: Die relative Einkommenshypothese theoretisch erklärt</i>	63
3.1.2 <i>Relevanz und Fazit</i>	72
3.2 WEITERE ANSÄTZE AUF DER MIKROEBENE	73
3.2.1 <i>Das Modell sozialer Gratifikationskrisen</i>	76
3.2.2 <i>Das Modell des sozialen Rückhalts (Social Support)</i>	77
3.3 ROLLENTHEORIE UND GESUNDHEIT.....	78
3.3.1 <i>Die Genese der Rollentheorie</i>	78
3.3.2 <i>Grundbegriffe der Rollentheorie</i>	82
3.3.3 <i>Rollenkonflikte und Lösungsstrategien</i>	87
3.3.4 <i>Zentrale soziale Rollen und ihre Konfigurationen</i>	93

3.4	INTEGRATION DER ROLLENKONFIGURATIONEN IN DAS ZENTRUM-PERIPHERIE MODELL.....	94
3.5	ÜBERBLICK ÜBER FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN	96
4	BESCHREIBUNG DATENSATZ UND AUSWERTUNGSVERFAHREN	99
4.1	DATENGRUNDLAGE	99
4.1.1	<i>Die Schweizerische Gesundheitsbefragung.....</i>	<i>99</i>
4.1.2	<i>Gewichtungsverfahren.....</i>	<i>101</i>
4.1.3	<i>Einschränkung der Stichprobe auf 30-59jährige Personen.....</i>	<i>102</i>
4.1.4	<i>Vorzüge und Limitierungen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung.....</i>	<i>102</i>
4.1.5	<i>Eckdaten bezüglich persönlicher und sozialer Merkmale sowie zentraler sozialer Rollen.....</i>	<i>103</i>
4.2	AUSWERTUNGSVERFAHREN	104
4.2.1	<i>Häufigkeitsverteilungen und Korrelationen</i>	<i>105</i>
4.3	LOGISTISCHE REGRESSIONEN	105
4.4	ZEITVERGLEICH UND INTERAKTIONSEFFEKTE	106
4.4.1	<i>Kohorteneffekte</i>	<i>107</i>
5	KONZEPTUALISIERUNG UND EVALUATION DER VARIABLEN	109
5.1	ÜBER DIE SCHWIERIGKEIT DES ERFASSENS VON GESUNDHEIT	109
5.1.1	<i>Verwendete Konzepte zur Messung von Gesundheit</i>	<i>111</i>
5.2	DETERMINANTEN ZUR ERKLÄRUNG GESUNDHEITLICHER UNGLEICHHEIT.....	120
5.2.1	<i>Geschlecht und Alter</i>	<i>120</i>
5.2.2	<i>Sozioökonomische Lage</i>	<i>122</i>
5.2.3	<i>Zivilstand.....</i>	<i>128</i>
5.3	ROLLEN UND ROLLENKONFIGURATIONEN.....	129
5.3.1	<i>Definition der Rollen und Beschreibung der Rollenträgenden.....</i>	<i>129</i>
5.3.2	<i>Konstruktion der Rollenkonfigurationen.....</i>	<i>135</i>
5.3.3	<i>Beschreibung der Rollenkonfigurationstypen.....</i>	<i>137</i>
5.3.4	<i>Veränderung der Verteilung der Rollenkonfigurationstypen zwischen 1992 und 2002</i>	<i>142</i>
6	ZUSAMMENHANGSANALYSEN UND MULTIVARIATE MODELLE	143
6.1	ZUSAMMENHANG ZWISCHEN VERSCHIEDENEN GESUNDHEITSINDIKATOREN.....	143
6.2	LOGISTISCHE REGRESSIONEN, TRADITIONELLE UNGLEICHHEITSMODELLE UND ERWEITERUNG DURCH ROLLENKONFIGURATIONEN	146
6.2.1	<i>Bildung und Einkommen prägen den allgemeinen Gesundheitszustand.....</i>	<i>146</i>
6.2.2	<i>Bereicherung des Modells Integration von Rollenkonfigurationen</i>	<i>147</i>
6.2.3	<i>Körperliche Beschwerden.....</i>	<i>153</i>
6.2.4	<i>Psychisches Wohlbefinden.....</i>	<i>155</i>
6.2.5	<i>Starke Raucher vs. Tabakabstinente</i>	<i>157</i>
7	ÜBERBLICK UND DISKUSSION	159
7.1	SOZIALPOLITISCHE RELEVANZ UND AUSBLICK	163
	LITERATUR.....	165
	ANHANG.....	185
	LEBENS LAUF	197

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

ABBILDUNG 1: STRUKTURMODELL ÜBER DIE EINFLUSSFAKTOREN DES GESUNDHEITSZUSTANDS	14
ABBILDUNG 2-1: GRUNDMODELL DER UNGLEICHHEITSTHEORIEN	27
ABBILDUNG 2-2: ZUSAMMENHANG ZWISCHEN BILDUNG, BERUF UND EINKOMMEN	28
ABBILDUNG 2-3: ZENTRUM-PERIPHERIE MODELL NACH LAMPRECHT UND STAMM	35
ABBILDUNG 2-4: ERWEITERTES MODELL DES ZUSAMMENHANGS ZWISCHEN BILDUNG, BERUF UND EINKOMMEN	42
ABBILDUNG 2-5: STRUKTURMODELL ÜBER DIE EINFLUSSFAKTOREN DES GESUNDHEITSZUSTANDS	55
ABBILDUNG 3-1: ZUSAMMENHANG ZWISCHEN LEBENSERWARTUNG BEI GEBURT (FRAUEN UND MÄNNER) UND BRUTTOSOZIALPRODUKT PRO KOPF, 1970 UND 1990	60
ABBILDUNG 3-2: EFFEKT DER EINKOMMENSUNGLEICHHEIT AUF LEBENSERWARTUNG UND BRUTTOSOZIALPRODUKT PRO KOPF.....	63
ABBILDUNG 3-3: DER EFFEKT VON EINKOMMENSUNGLEICHHEIT AUF WOHLBEFINDEN	66
ABBILDUNG 3-4 MITTELSCHULQUOTEN IM 10.-12. SCHULJAHR JE GEMEINDE 1999.....	68
ABBILDUNG 3-5: ZUSAMMENHANG ZWISCHEN MAXIMALER SOZIALHILFE* UND GENERALISIERTEM NICHT-VERTRAUEN	69
ABBILDUNG 3-6: SOZIALE UND GESUNDHEITLICHE UNGLEICHHEIT: ERKLÄRUNGSANSÄTZE ..	73
ABBILDUNG 3-7: ROLLEN-SET EINES MEDIZINSTUDENTEN NACH MERTON.....	86
ABBILDUNG 3-8: ZENTRUM-PERIPHERIE MODELL NACH LAMPRECHT UND STAMM	95
ABBILDUNG 3-9: ROLLENKONFIGURATIONEN INTEGRIERT IM ZENTRUM-PERIPHERIE MODELL	96
ABBILDUNG 5-1: SELBSTWAHRGENOMMENER GESUNDHEITSZUSTAND, IN PROZENT	112
ABBILDUNG 5-2: SELBSTWAHRGENOMMENER GESUNDHEITSZUSTAND NACH GESCHLECHT UND ALTER, IN PROZENT.....	113
ABBILDUNG 5-3: KÖRPERLICHE BESCHWERDEN IN ABWESENHEIT VON FIEBER, IN PROZENT	114
ABBILDUNG 5-4: KÖRPERLICHE BESCHWERDEN IN ABWESENHEIT VON FIEBER NACH GESCHLECHT UND ALTER, IN PROZENT.....	115
ABBILDUNG 5-5: ANTEIL FRAUEN UND MÄNNER MIT RÜCKEN- UND KOPFSCHMERZEN UNTERSCHIEDEN NACH ALTERSGRUPPEN, IN PROZENT.....	116
ABBILDUNG 5-6: PSYCHISCHE AUSGEGLICHENHEIT, IN PROZENT.....	118
ABBILDUNG 5-7: PSYCHISCHE AUSGEGLICHENHEIT NACH GESCHLECHT UND ALTER, IN PROZENT	118
ABBILDUNG 5-8: TABAKKONSUM NACH GESCHLECHT UND ALTER, IN PROZENT.....	120

ABBILDUNG 5-9: VERTEILUNG DER BILDUNGSABSCHLÜSSE, IN PROZENT	124
ABBILDUNG 5-10: VERTEILUNG DER BILDUNGSABSCHLÜSSE NACH GESCHLECHT UND ALTER, IN PROZENT.....	125
ABBILDUNG 5-11: VERTEILUNG DER HAUSHALTSÄQUIVALENZEINKOMMEN, IN PROZENT UND FRANKEN	126
ABBILDUNG 5-12: VERTEILUNG DER HAUSHALTSÄQUIVALENZEINKOMMEN NACH GESCHLECHT UND ALTER, IN PROZENT UND FRANKEN.....	126
ABBILDUNG 5-13: VERTEILUNG DER SOZIO-PROFESSIONELLEN KATEGORIEN, IN PROZENT ..	127
ABBILDUNG 5-14: VERTEILUNG DER SOZIO-PROFESSIONELLEN KATEGORIEN NACH GESCHLECHT UND ALTER, IN PROZENT.....	128
ABBILDUNG 5-15: VERTEILUNG DES ZIVILSTANDS, IN PROZENT	128
ABBILDUNG 5-16: VERTEILUNG DES ZIVILSTANDS NACH GESCHLECHT UND ALTER, IN PROZENT	129
ABBILDUNG 5-17: ANTEIL BERUFTÄTIGER PERSONEN NACH ALTER	130
ABBILDUNG 5-18: ANTEIL PERSONEN MIT ELTERNROLLE, NACH ALTER.....	132
ABBILDUNG 5-19: ELTERN- UND BERUFSROLLE, MÄNNER NACH ALTER	132
ABBILDUNG 5-20: ELTERN- UND BERUFSROLLE, FRAUEN NACH ALTER.....	133
ABBILDUNG 5-21: ANTEIL PERSONEN MIT PARTNERROLLE NACH ALTER.....	134
ABBILDUNG 5-22: PROZENTANTEILE DER ROLLENKONFIGURATIONEN VON BERUFS-, ELTERN- UND PARTNERROLLE, NACH GESCHLECHT: BAUMDIAGRAMM.....	137
ABBILDUNG 6-1: GESUNDHEITSDIMENSIONEN NACH GESCHLECHT UND ALTERSGRUPPEN....	145

TABELLENVERZEICHNIS

TABELLE 2-1: KONZEPTE ZUR BESCHREIBUNG VON SOZIALER DIFFERENZIERUNG	38
TABELLE 4-1: ERFOLGSQUOTEN DER MÜNDLICHEN UND SCHRIFTLICHEN BEFRAGUNGEN 2002 UND 1992/93.....	101
TABELLE 4-2: ANTEIL ROLLENTRÄGERINNEN UND ROLLENTRÄGER 1992/93 UND 2002, IN PROZENT	104
TABELLE 4-3: ALTERSKOHORTEN 1992 UND 2002, IN JAHREN.....	108
TABELLE 5-1: TABAKKONSUM, IN PROZENT.....	119
TABELLE 5-2: KONSTRUKTION DER ROLLENKONFIGURATIONEN	135
TABELLE 5-3: ALTER UND ALTERSGRUPPEN NACH ROLLENKONFIGURATIONSTYPEN UND GESCHLECHT	138
TABELLE 5-4: ZIVILSTAND NACH ROLLENKONFIGURATIONSTYPEN UND GESCHLECHT	139
TABELLE 5-5: BILDUNG NACH ROLLENKONFIGURATIONSTYPEN UND GESCHLECHT	140
TABELLE 5-6: HAUSHALTSÄQUIVALENZEINKOMMEN NACH ROLLENKONFIGURATIONSTYPEN UND GESCHLECHT	141
TABELLE 5-7: VERTEILUNG DER ROLLENKONFIGURATIONSTYPEN 1992 UND 2002	142
TABELLE 6-1: AUSPRÄGUNGEN DER VIER GESUNDHEITSDIMENSIONEN, FRAUEN UND MÄNNER (IN %)	143
TABELLE 6-2: ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN VERSCHIEDENEN DIMENSIONEN VON GESUNDHEIT	144
TABELLE 8-1: KORRELATIONSMATRIX.....	185
TABELLE 8-2: SCHLECHTE GESUNDHEIT ¹ 1992 UND 2002.....	186
TABELLE 8-3: SCHLECHTE GESUNDHEIT ¹ 1992 UND 2002 (MIT MITTLERER KATEGORIE)	187
TABELLE 8-4: SCHLECHTE GESUNDHEIT ¹ 1992 UND 2002, MIT JAHR ALS INTERAKTION	188
TABELLE 8-5: KÖRPERLICHE BESCHWERDEN ¹ 1992 UND 2002.....	189
TABELLE 8-6: KÖRPERLICHE BESCHWERDEN ¹ 1992 UND 2002, MIT JAHR ALS INTERAKTION.....	190
TABELLE 8-7: SCHLECHTES PSYCHISCHES WOHLBEFINDEN ¹ 1992 UND 2002.....	191
TABELLE 8-8: SCHLECHTES PSYCHISCHES WOHLBEFINDEN ¹ 1992 UND 2002, MIT JAHR ALS I.	192
TABELLE 8-9: STARKE RAUCHER UND TABAKABSTINENTE ¹ 1992 UND 2002.....	193
TABELLE 8-10: STARKE RAUCHER UND TABAKABSTINENTE ¹ 1992 UND 2002, MIT JAHR ALS I.	194

ZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Arbeit widmet sich der Gesundheit im Sozialgefüge. Dabei soll betrachtet werden, wie es sich mit der Chancengleichheit auf eine gute Gesundheit in der Schweiz verhält und welche sozialen Prozesse der Gleichverteilung der Chancen entgegenwirken.

Problem- und Fragestellungen

Gesundheitsbezogene Chancengleichheit

Chancengleichheit bezeichnet sowohl ein Wettbewerbsprinzip als auch ein Grundrecht. Chancengleichheit postuliert das Recht auf eine faire und gerechte Verteilung von Gütern und Lebenschancen – wie die Gesundheit. Niemand darf aufgrund von zugeschriebenen Merkmalen (wie Geschlecht, Alter, Hautfarbe) oder aufgrund seines sozialen Status (Bildung, Beruf, Einkommen) diskriminiert werden. Gesundheitsbezogene Chancengleichheit bedeutet, dass alle Menschen die gleichen gesellschaftlichen Möglichkeiten haben sollen, ein langes und gesundes Leben zu führen. Gesundheitliche Ungleichheit, die sich aus den sozialen Merkmalen einer Person ergibt, ist ein Verstoß gegen das Chancengleichheitspostulat.

Und just dieses Postulat wird konstant verletzt, und zwar nicht nur in armen Entwicklungsländern. Auch in reichen Industriestaaten wie der Schweiz hängen Lebenserwartung und Wohlbefinden mitunter davon ab, wie viel Geld eine Person monatlich verdient, wie lange sie die Schulbank gedrückt hat etc.

Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert

Um diesen Misstand zu beheben hat das Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation 1984 als Ziel formuliert, die soziale Ungleichheit in der Gesundheit in und zwischen den Ländern bis zum Millennium um mindestens 25% zu reduzieren (WHO 1985b). Es zeichnete sich jedoch bald ab, dass dieses Ziel zu hoch gesteckt war und deshalb überarbeitet und unter dem Titel *Gesundheit21* um 20 Jahre auf das Jahr 2020 verschoben wurde (WHO 1999).

Sonderfall Schweiz?

In der Schweiz ist seit dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) am 1. Januar 1996 gesichert, dass jeder in der Schweiz wohnhaften Person der Zugang zur gesundheitlichen Grundversorgung offen steht. Durch dieses Gesetz sind also Zugang und Ausgestaltung des Gesundheitswesens geregelt. Wie sieht es jedoch mit dem Output – also der Volksgesundheit aus? Bedeutet gleicher Zugang auch gleiche Chancen auf eine gute Gesundheit?

Dies ist denn auch die erste Frage, die in dieser Arbeit betrachtet werden soll:

1. *Besteht in der Schweiz Chancengleichheit in Bezug auf Gesundheit?*

Und falls nein,

2. *Wie charakterisieren sich Personen mit systematischer gesundheitlicher Benachteiligung?*

Eingeschränkter Blick auf gesundheitliche Ungleichheit

Die meisten Studien, die sich mit sozialer Ungleichheit und Gesundheit befassen, betrachten als Ungleichheitsdimension lediglich den sozioökonomischen Status gemessen als Bildung, Einkommen und/oder Berufsstatus. Zudem wird die Untersuchungsanlage oft auf Männer reduziert, da die Frage des sozioökonomischen Status von Hausfrauen und Müttern nicht ohne weiteres bestimmt werden kann und/oder gar keine entsprechenden Daten für Frauen vorliegen. Das führt dazu, dass diese Studien soziale Ungleichheit oft geschlechtsblind und sehr einseitig erfassen und betrachten und somit keinerlei Aussagen über die Auswirkungen verschiedener Lebensformen und bestimmter sozialer Rollen auf die Gesundheit machen können. Dieser enge Blickwinkel soll hier durch die Integration sozialer Rollen in das Forschungsdesign geöffnet werden. Es stellen sich somit zwei weitere Forschungsfragen:

3. *Vermag die Rollentheorie anhand verschiedener Rollenkonfigurationen in Kombination mit der Vorstellung der Statusgruppenschichtung die bekannten Konzepte und Modelle bezüglich der Ungleichheitsstruktur von Gesundheit besser zu erfassen und zu beschreiben?*
4. *Wie wirken sich verschiedene Rollenkonfigurationen auf die Gesundheit aus?*

Und letztlich soll noch betrachtet werden, inwiefern es der Schweiz bis 2002 gelungen ist, das WHO-Ziel der Reduktion sozialer Ungleichheit zu realisieren. Dies ist denn auch die fünfte und letzte Fragestellung:

5. *Hat sich das Muster der gesundheitlichen Benachteiligungen zwischen 1992/93 und 2002 verändert?*

Theoretische Modelle und Hypothesen

Zur Beantwortung der Frage, weshalb Mortalität und Morbidität mit abnehmenden sozialen Status zunehmen, lassen sich nach Siegrist (2005: 182) vier verschiedene Erklärungsansätze unterscheiden:

1. Einfluss des medizinischen Versorgungssystems: Der Zugang und die Qualität des Gesundheitswesens ist nicht für alle Gesellschaftsmitglieder gleich.
2. Drift-Hypothese: Die Krankheit ist die Ursache eines sozialen Abstiegsprozesses: *Krank macht arm.*

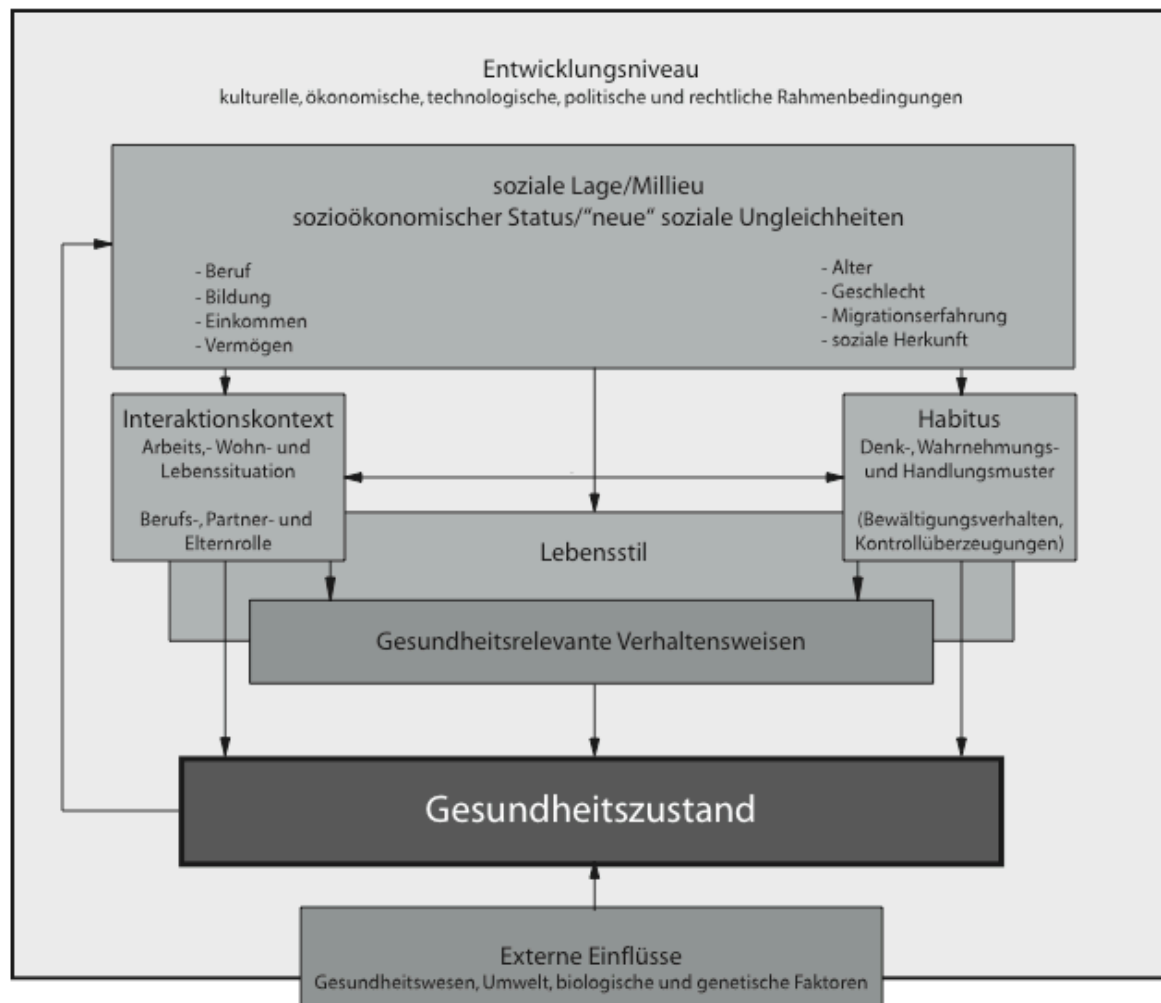
3. Gesundheitsschädigendes Verhalten: Personen aus unterschiedlichen sozialen Lagen weisen ein unterschiedliches Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverhalten auf.
4. Materielle und psychosoziale Belastungen im Lebenslauf: Der Zusammenhang zwischen Mortalitäts- und Morbiditätsraten und sozialer Lage erklärt sich aus unterschiedlichen Belastungen und Benachteiligungen in Arbeits-, Wohn- und Lebensbedingungen.

Es lassen sich für alle vier Erklärungsansätze empirische Evidenzen finden, der dritten und vierten Hypothese kommt jedoch die grösste Erklärungskraft zu (Mielck 2002; Siegrist 2005: 182). Zwei spezifische Erklärungsansätze versuchen den Zusammenhang zwischen Differenzen in der beruflichen Belastung und Gesundheit weiter zu erhellen. (a) Das Anforderungs-Kontroll-Modell nach Karasek und Theorell (bsp.1990): *Hobe (berufliche) Anforderungen bei geringem Handlungsspielraum sind gesundheitsschädigend* sowie (b) das Modell sozialer Gratifikationskrisen nach Siegrist (bsp.2004): *Ungleichgewicht zwischen (beruflichem) Engagement und Honorierung wirkt sich negativ auf die Gesundheit aus.*

Werden die Annahmen der verschiedenen Ansätze in einem Modell visualisiert, so ergibt sich ein Bild mit den folgenden Zusammenhängen (vgl. Abbildung 1). Die Abbildung macht deutlich, dass sich die soziale Lage nicht direkt, sondern über gesundheitsrelevante Unterschiede in Lebensstil und Verhaltensweisen wie auch über unterschiedliche psychosoziale Belastungen im Alltag auf den Gesundheitszustand auswirkt.

Anhand dieser Überlegungen wird angenommen, dass entgegen dem Postulat für Chancengleichheit auch in der Schweiz ein positiver Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit besteht.

Bezüglich der Frage der Auswirkungen des Rollenhaushalts auf die Gesundheit finden sich in der Literatur zwei sich konkurrierende Ansätze. Während die einen davon ausgehen, dass durch die Übernahme zusätzlicher sozialer Rollen mehr Stress entsteht, der sich negativ auf die Gesundheit auswirkt, gehen andere Autoren davon aus, dass der Mehrwert der durch zusätzliche Rollen gewonnenen Ressourcen allfällige negativen Effekte mehr als kompensiert (Goode 1960; vs.Sieber 1974). Auf diese Frage soll unter anderem durch das Vergleichen der Gesundheit arbeitender Mütter mit dem Wohlbefinden reiner Hausfrauen eine Antwort gefunden werden.

Abbildung 1: Strukturmodell über die Einflussfaktoren des Gesundheitszustands

Erweiterte Darstellung nach Lamprecht, König und Stamm (2005: 33).

Methodik

Operationalisierung der zentralen Variablen

Gesundheit wird in vier verschiedenen Dimensionen erfasst: (1) als selbst wahrgenommener Gesundheitszustand (Idler und Benyamini 1997; Idler et al. 2004), (2) als Index aus körperlichen Beschwerden in Abwesenheit von Fieber. Diese werden (auch) als das Resultat psychosozialer Belastung verstanden. (3) Als Index für psychisches Wohlbefinden und (4) das Rauchverhalten als gesundheitsschädigendes Verhalten. All diese Variablen werden erst deskriptiv betrachtet und für die multivariaten Analysen dichotomisiert.

Als unabhängige Variablen werden das Alter, das Geschlecht, die Bildung, das Haushaltsäquivalenzeinkommen (BFS 1998; BFS 2003c), die sozioprofessionellen Kategorien (Joye und Schuler 1996) und die Konfigurationen aus Berufs-, Partner- und Elternrolle (Meyer 2000) berücksichtigt. Das Erhebungsjahr wird sowohl als unabhängige Variable als auch als Interaktionsterm verwendet.

Daten und Stichprobe

Die Fragestellungen wurden anhand Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen von 1992/93 und 2002 untersucht (BFS 2003b; BFS o.J.-a). Um sicherzustellen, dass die in der Stichprobe vertretenen Personen auch wirklich alle hier berücksichtigten sozialen Rollen tragen können, wurde die Stichprobe auf Personen zwischen 30 und 59 Jahren eingeschränkt.

Verwendete statistische Verfahren

Neben deskriptiven Analysen unter Verwendung gewichteter Daten (BFS 1994b; BFS 2003a) werden anhand ungewichteter Daten binäre logistische Regressionen mit Interaktionen für die Zeit geschätzt (Jaccard 2001).

Ergebnisse und Diskussion

Der erste Blick macht bereits deutlich, dass vom Glauben an Chancengleichheit in der Gesundheit Abschied genommen werden muss. Auch in der Schweiz hängt die Gesundheit einer Person wesentlich von ihrer Verortung im Sozialgefüge ab. Je höher Bildung und Haushaltseinkommen, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit, dass sich jemand gut oder sogar sehr gut fühlt. Weiter erweist sich das Eingebundensein in die Arbeitswelt als wichtig für ein gutes Wohlbefinden. Für Männer ist das Tragen der Berufsrolle nahezu gesundheitsdeterminierend. Bei den Frauen erweist sich der Mix aus Beruf, Partnerschaft und Elternschaft als besonders günstig für eine gute Gesundheit, und zwar unabhängig vom erwirtschafteten Einkommen oder Berufsprestige.

Allgemein kann im Hinblick auf die Erklärungskraft der Schätzmodelle festgehalten werden, dass durch die Mitberücksichtigung der verschiedenen Rollenkonfigurationen die Aussagekraft der Modelle markant verbessert werden konnte. Die aktuelle Lebenssituation einer Person – ob sie arbeitet, in einer Partnerschaft lebt oder für Kinder zu sorgen hat – prägt das allgemeine Wohlbefinden etwa gleich stark wie der sozioökonomische Status. Allgemein kann festgestellt werden, dass sich die am stärksten verbreiteten Rollenkonfigurationen durch besonders gute Gesundheit auszeichnen. Am Beispiel der Trirollenfrauen kann abgelesen werden, wie die grössere Präsenz einer bestimmten Konfiguration in der Gesellschaft mit Steigerung des Wohlbefindens einhergeht, was nach der Annahme der Normativität des Faktischen mitunter mit der grösseren sozialen Akzeptanz zusammen hängen dürfte. Das Gegenteil trifft für Alleinerziehende ohne Berufsrolle zu. Ihr Anteil hat gesamtgesellschaftlich betrachtet abgenommen und die Wahr-

scheinlichkeit schlechter Gesundheit sowie der Anteil starker Raucherinnen nahm zu. Das könnte gewissermassen die Kehrseite der Medaille sein. Es ist gesellschaftlich (noch) weniger akzeptiert als Alleinerziehende Person keiner Arbeit nachzugehen, da nun ja mehr Betreuungsplätze zur Verfügung stehen. Dies wirkt sich auf den psychosozialen Stress dieser Personen aus und beeinträchtigt ihr Wohlbefinden.

Die gesundheitliche Ungleichheit hat sich zwischen 1992/93 und 2002 nicht verringert – es gibt sogar eher eine Tendenz in Richtung Zunahme. Somit konnte die Schweiz das WHO Ziel bisher nicht erfüllen. Wenn man bedenkt, dass sich die Einkommensschere in der Schweiz gegenwärtig öffnet, dann dürfte sich das nach Wilkinsons relativer Einkommenshypothese (Wilkinson 1986) weiter negativ auf die Chancengleichheit auswirken. Um diesen Trend umzukehren oder zumindest zu bremsen, bräuchte es strukturelle Anpassungen, um die in Abbildung 1 dargestellten Beeinflussungsfaktoren abzupuffern.

Das Auseinandersetzen mit der Chancengleichheit in Bezug auf Gesundheit bleibt somit sowohl für die Sozialpolitik als auch für die Wissenschaft und Forschung ein wichtiges und brisantes Thema und es besteht Hoffnung, dass dieser Zusammenhang künftig vermehrt auch unter Berücksichtigung der Rollenkonfigurationen als Indikator für die Lebenswelt untersucht wird.

“By the year 2000, the actual differences in health status between countries and between groups within countries should be reduced by at least 25%, by improving the level of health of disadvantaged nations and groups.“ WHO, 1985

1 EINLEITUNG UND ÜBERSICHT

Jeder Mensch wünscht sich ein möglichst langes Leben in guter Gesundheit. Um diesen Wunsch zu verwirklichen werden privat wie auch gesamtgesellschaftlich grosse und kostenintensive Anstrengungen unternommen. Der Gesundheitssektor boomt und die Auseinandersetzung mit der Erhöhung der Krankenkassenprämien gehört inzwischen ebenso zur Vorweihnachtszeit wie das Verfassen des Wunschzettels für das Christkind. Der Schweizer Sorgenbarometer illustriert deutlich: Seit zehn Jahren teilen sich die Sorge um die Gesundheit und das Gesundheitswesen mit der Arbeitslosigkeit und der Altersvorsorge die drei Podestplätze.

Es haben jedoch nicht alle Menschen die gleichen Chancen auf eine gute Gesundheit und ein langes, beschwerdefreies Leben. Auch in entwickelten Industriegesellschaften bestehen beträchtliche Differenzen bezüglich Wohlbefinden und Lebenserwartung zwischen verschiedenen sozialen Lagen und dieser soziale Gradient weitet sich trotz der steigenden Gesundheitsausgaben und des medizinischen Fortschritts weiter aus.

Dieser beunruhigende Tatbestand steht in Widerspruch zum Postulat sozialer Gerechtigkeit und Chancengleichheit. Entsprechend hat das WHO Regionalbüro für Europa in Kopenhagen bereits 1984 die Verbesserung der Chancengleichheit auf gute Gesundheit als erstes regionales Ziel definiert (WHO 1985a; WHO 1985b). Die Mitgliedstaaten wurden dazu aufgefordert, bis zum Jahr 2000 die Differenzen bezüglich des Gesundheitszustandes sowohl zwischen als auch in den einzelnen Staaten um mindestens 25% zu reduzieren. Dieses Ziel sei laut WHO unter folgenden Voraussetzungen erreichbar: „wenn die Grundvoraussetzungen für eine gute Gesundheit für die gesamte Bevölkerung in den Ländern geschaffen werden, wenn die von der Lebensweise abhängigen Risiken verringert werden, wenn die gesundheitlichen Aspekte der Lebens- und Arbeitsbedingungen verbessert werden und wenn die gesamte Bevölkerung Zugang zu einer guten primären Gesundheitsversorgung erhält“ (WHO 1985a: 33).

Eine Vielzahl folgender soziologischer und epidemiologischer Studien machte bald deutlich, dass das 1984 angepeilte Ziel bis ins Jahr 2000 nicht erreicht werden kann. Zwar gelang es einigen Ländern Volksgesundheit und Lebenserwartung zu steigern, die soziale Ungleichheit blieb jedoch weitgehend bestehen oder hat sogar weiter zugenommen. Einzig die Differenzen in der Kindersterblichkeit zwischen und in einzelnen Ländern konnten bis zum Jahr 2000 reduziert werden.

Ernüchtert über das drastische Verfehlen des angestrebten Ziels hat das WHO Regionalbüro für Europa die Strategie von 1984 überarbeitet und mit „Gesundheit 21 – Gesundheit für alle“ das gleiche Ziel nochmals gesetzt und weiter präzisiert. Ziel Nr. 2 dieser Strategie lautet nun: „Bis zum Jahr 2020 sollte das Gesundheitsgefälle zwischen den sozio-ökonomischen Gruppen in den einzelnen Ländern durch eine wesentliche Verbesserung der Gesundheit von benachteiligten Gruppen in allen Mitgliedstaaten um mindestens ein Viertel verringert werden.“

In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

1. Das Gefälle in der Lebenserwartung zwischen sozioökonomischen Gruppen sollte um mindestens 25% reduziert werden.
2. Die Werte für die wichtigsten Indikatoren von Morbidität, Behinderungen und Mortalität sollten sich auf dem sozioökonomischen Gefälle gleichmässiger verteilen.
3. Sozioökonomische Bedingungen, die die Gesundheit beeinträchtigen, vor allem Unterschiede im Einkommen, im Bildungsstand und im Zugang zum Arbeitsmarkt, sollten wesentlich verbessert werden.
4. Der Anteil der in Armut lebenden Bevölkerung sollte erheblich verringert werden.
5. Personen mit besonderen Bedürfnissen aufgrund ihrer gesundheitlichen, sozialen oder wirtschaftlichen Situation sollten vor gesellschaftlicher Ausgrenzung geschützt werden und ungehinderten Zugang zu bedarfsgerechter Versorgung erhalten (WHO 1999: 220 f.).

Dieses Ziel lässt sich laut WHO erreichen, wenn:

- die Politik in bezug auf ihre Auswirkungen auf die Chancengleichheit beurteilt wird, geschlechtsspezifische Besonderheiten berücksichtigt und den im Hinblick auf Einkommen, Dienste und soziale Sicherheit benachteiligten Gruppen höhere Priorität beimisst;
- durch politische – einschließlich steuerpolitischer – Maßnahmen sichergestellt wird, dass der Zugang zu Bildung und anderen gesellschaftlichen Gütern nicht vom Einkommen abhängt;
- Politik und Gesetzgebung darauf abzielen, die Bestimmungen der Vereinten Nationen über Menschenrechte, einschließlich der Rechte von Frauen und Kindern, und spezifische Vereinbarungen und Regelungen zu den Rechten von Behinderten, Migranten und Flüchtlingen umzusetzen;
- alle Sektoren der Gesellschaft ihren Teil der Verantwortung für den Abbau sozialer und wirtschaftlicher Ungleichheiten und für die Minderung der entsprechenden gesundheitlichen Folgen übernehmen;

- öffentliche, private und freiwillige Ressourcen zur Verfügung stehen, um den sozialen und gesundheitlichen Erfordernissen der am meisten gefährdeten Gruppen der Gesellschaft zu entsprechen und allen, die dies benötigen, Zugang zu bedarfsgerechter, akzeptabler und nachhaltiger Versorgung zu verschaffen;
- die Mitgliedstaaten ihre Gesundheitsinformationssysteme verbessern und harmonisieren, um wichtige sozioökonomische Variablen zu erfassen und deren Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand zu analysieren (WHO 1999: 221).

Sozialer Gradient in Gesundheit auch in der Schweiz?

Die Schweiz unterhält eines der besten und teuersten Gesundheitssysteme überhaupt. Durch die gesetzlich verankerte obligatorische Krankenversicherung ist gewährleistet, dass alle in der Schweiz wohnhaften Personen Zugang zur gesundheitlichen Grundversorgung haben (vgl. KVG Artikel 3). Doch garantiert dies auch Chancengleichheit auf eine gute Gesundheit? Oder müssen sich sozial schwache Personen auch in der Schweiz eher um ihre Gesundheit sorgen als besser gestellte? Falls dem so sein sollte, wie lässt sich der soziale Gradient in der Gesundheit trotz garantiertem Zugang zum Gesundheitssystem theoretisch erklären? Und wie charakterisieren sich Personen mit systematischer gesundheitlicher Benachteiligung? Hat sich das Muster des sozialen Gradienten in Gesundheit in den letzten Jahren, die durch einen erheblichen sozialen Wandel gekennzeichnet waren, verändert? Kam es dabei zu einer Schliessung oder Öffnung des sozialen Gradienten? Auf diese Fragen sollen anhand theoretischer Überlegungen und empirischer Tests mit Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1992/93 und 2002 Antworten gefunden werden.

Überblick

Um diese Fragen umfassend zu klären werden in einem ersten Schritt (*Kapitel 2*) die sozialen Bedingungen für Gesundheit und Krankheit reflektiert. Weiter wird auf die Entstehung und die Konsequenzen von sozialer Ungleichheit allgemein eingegangen und im speziellen wird der Nexus zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit genauer betrachtet. Im Anschluss wird der aktuelle Stand der Forschung in der Schweiz über diesen Zusammenhang präsentiert.

Im *Folgekapitel 3* wird auf verschiedene theoretische Modelle, Ansätze und Theorien eingegangen, die den Zusammenhang oder die Wirkungsweise zwischen sozialen Gegebenheiten und Gesundheit zu erklären versuchen. Es wird sowohl auf Modelle der Makroebene wie die relative Einkommenshypothese von Wilkinson als auch auf Ansätze der Mikroebene wie Anforderungskontroll-Modell oder Modell sozialer Gratifikationskrisen eingegangen. Weiter wird die Relevanz der Rollentheorie, insbesondere spezifischer Rollenkonfigurationen nach Meyer und des Zentrum-Peripheriemodells nach Bornschieer zu diesen Fragen expliziert. Auf diesem theoretischen Fundament werden bezüglich der oben gestellten Fragen Hypothesen formuliert.

Anschliessend werden in *Kapitel 4* die verwendeten Daten (Schweizerische Gesundheitsbefragung) und Auswertungsverfahren (einfache Häufigkeitsverteilungen, Korrelationsmatrizen und logistische Regressionen) kurz skizziert.

Kapitel 5 widmet sich vertieft der Konzeptualisierung und Evaluation der in den Schätzmodellen verwendeten abhängigen und unabhängigen Variablen.

Im Anschluss werden in *Kapitel 6* die Befunde aus den verschiedenen Schätzmodellen (siehe Anhang) beschrieben und mit der Theorie verknüpft, womit letztlich die in Kapitel 3 formulierten Hypothesen überprüft und je nach dem bestätigt oder verworfen werden können.

Die Arbeit schliesst mit einem Ausblick (*Kapitel 7*). Eine ausführliche Zusammenfassung der wichtigsten Elemente der Arbeit wird für den eiligen Leser vorangestellt.

2 SOZIALE BEDINGUNGEN FÜR GESUNDHEIT UND KRANKHEIT: ÜBERLEGUNGEN UND DEFINITIONEN

2.1 Gesundheit als soziales Konstrukt

Befasst man sich mit den Konsequenzen sozialer Ungleichheit auf Gesundheit, so ist es unumgänglich, sich erst mit dem Untersuchungsgegenstand – also der Gesundheit – auseinander zu setzen. Was genau ist mit Gesundheit gemeint resp. wann ist ein Mensch gesund? Wie wird der Gesundheitszustand erfasst und definiert? Gibt es Widersprüche in der Wahrnehmung und Bewertung von Gesundheit? Diesen Fragen widmet sich der folgende Abschnitt.

2.1.1 *Lieber gesund als krank*

Der Begriff „gesund“ wird in Herkunftswörterbüchern in seinem Wortstamm auf den Begriff „geschwind“ zurückgeführt, was im Mittelhochdeutsch so viel wie schnell, ungestüm und kräftig bedeutet. Vom Wortstamm her hat „gesund“ also eine positive Konnotation. Genau entgegengesetzt verhält es sich mit dem Wort „krank“. Das Mittelhochdeutsche „kranc“ bedeutet soviel wie schwach, schmal, gering, nichtig, schlecht und leidend (Duden 2007). Somit ist klar, dass es sich bei gesund und krank nicht um zwei verschiedene aber an sich gleichwertige Zustände handelt, sondern dass es sich hier vielmehr um einen erstrebenswerten resp. einen zu vermeidenden Status handelt. Bereits Karl Jaspers hat in „Der Arzt im technischen Zeitalter“ (1986) nachdrücklich darauf hingewiesen, dass aus solch semantischen Gründen eine gesellschaftlich neutrale Verwendung der Begriffe „gesund“ und „krank“ nicht möglich sei. In jedem Kulturkreis und in jeder historischen Phase könne die Frage, was körperlich, psychisch und sozial normal ist, nur durch gesellschaftliche Konventionen geklärt werden. Jaspers weist des weitern auch auf den fließenden Übergang zwischen gesund und krank hin.

2.1.2 *Gesundheit und Krankheit in verschiedenen Bezugssystemen*

Gesundheit und Krankheit sind also Begriffe für Phänomene, die zu verschiedenen Zeiten und in unterschiedlichen Bezugssystemen verschieden definiert werden. Siegrist (2005: 199f.) unterscheidet drei solcher Bezugssysteme, die auch als Mikro-, Meso- und Markoebene umschrieben werden können:

Miroebene als Bezugssystem des *Individuums*: Eine Person fühlt sich gesund oder krank.

Mesoebene als Bezugssystem der *Medizin*: Gesundheit und Krankheit werden durch Erfüllung resp. Abweichung von objektivierbaren Normen physiologischer Regulation resp. organischer Funktionen definiert. Eine Person ist also dann krank, wenn ein Syndrom als Befund vorliegt.

Makroebene als Bezugssystem der *Gesellschaft*: Eine Person gilt als gesund, solange sie in der Lage ist, die von der Gesellschaft als normal betrachtete Leistung zu erbringen und ist entsprechend krank, wenn Leistungsminderungen vorliegen oder die Notwendigkeit besteht, Hilfe in Form von Krankschreibung, Versicherungsleistungen etc. zu gewähren.

Viele soziale Probleme im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit entstehen einerseits aus Diskrepanzen und Divergenzen zwischen und andererseits aus widersprüchlichen Entwicklungen innerhalb der einzelnen Bezugssysteme. Beispielsweise muss das Gesundheitsempfinden einer Person nicht deckungsgleich mit dem Vorliegen von Gesundheit im medizinischen Sinne sein. Es kann also vorkommen, dass eine Person seine Gesundheit subjektiv als sehr gut einschätzt, während der Arzt im Rahmen einer Routineuntersuchung das Vorliegen einer Krankheit feststellt. Umgekehrt kann es auch vorkommen, dass sich eine Person als krank und nicht leistungsfähig erlebt, während medizinisch – im Sinne eines pathologischen Befundes – keine Krankheit diagnostiziert werden kann. Ersteres kommt gelegentlich bei weit verbreiteten chronisch degenerativen Krankheiten wie Gefässerkrankungen oder Karzinomen vor, während zweites bei psychischen Erkrankungen gehäuft der Fall ist.

Auch zwischen ärztlichem und gesellschaftlichem Bezugssystem sind vielfältige Divergenzen und Konflikte bekannt, beispielsweise dass ärztliches Entscheidungshandeln von gesellschaftlichen Einflüssen beeinflusst werden kann. Im Zusammenhang mit dem aktuellen sozialen Wandel infolge der Durchsetzung des neuen technologischen Stils werden bei Umstrukturierungen Personen, die durch Wegfall oder Auslagerung einfacher manueller Arbeiten nicht weiter beschäftigt werden können, als (psychisch) krank geschrieben und somit aus dem ersten Arbeitsmarkt in die Invalidenversicherung oder Sozialhilfe abgeschoben. Die sozialen und finanziellen Folgen solcher sozialen Veränderungen werden aktuell auf der (sozial-)politischen Bühne diskutiert. Als Extrembeispiel für Abhängigkeiten zwischen ärztlichem und gesellschaftlichem Bezugssystem verweist Siegrist (2005: 200) auf die Situation, wenn das ärztliche dem gesellschaftlichen Bezugssystem zum Zweck der Herrschaftssicherung untergeordnet wird, in dem zum Beispiel die Psychiatrie zur Ausschaltung politisch dissidenter Personengruppen missbraucht wird.

Schwierigkeiten bei der klaren Unterscheidung von Gesundheit und Krankheit ergeben sich allerdings nicht nur aus den beispielhaft skizzierten Divergenzen der Bezugssysteme. Auch innerhalb eines jeden Bezugssystems lassen sich Wandlungen nachweisen. Besonders folgenreich sind die Veränderungen des Krankheitsverständnisses im Gefolge der Entwicklung der modernen Medizin im neunzehnten und frühen zwanzigsten Jahrhundert: Krankheitskonzepte der Laien wurden von der Schulmedizin Zug um Zug entkräftet, mit der Folge, dass Krankheit von Ver-

ständnis und von der Zuständigkeit her zur immer ausschliesslicheren Angelegenheit der Ärztesunft deklariert wurde. Selbsthilfe und Eigenverantwortung, die Bereitschaft Unannehmlichkeiten und Schmerzen zu ertragen, wichen den Imperativen der kurativen und präventiven Medizin. Ohne die Verbreitung erfolgreicher standardisierter Pharmakotherapien wäre diese Entwicklung, deren Grenzen und Gefahren heute zunehmend erkannt werden, nicht möglich gewesen. Wie die sich gegenwärtig stark entwickelnde Genforschung über Krankheit und ihre genetischen Ursachen auf das Verständnis von gesund und krank auswirken wird, kann zum heutigen Zeitpunkt lediglich erahnt werden. Aktuelle Forschungsergebnisse wie etwa dass eine Veränderung des FTO-Gens auf Chromosom 16 für Übergewicht verantwortlich sein könnte (Horber 2007) dürfen das Verständnis von Gesundheit und Krankheit in der Zukunft massgeblich prägen.

Ein weiteres aktuell diskutiertes Phänomen, das als Illustration angeführt werden kann, ist die Zunahme von Kaiserschnitten bei Nichtproblem-Geburten in der westlichen Welt. Spezialisierte Kliniken vermarkten die schmerzfreie Geburt, was dazu führt, dass die spontane, natürliche Geburt durch einen chirurgischen und somit optimal planbaren Eingriff abgelöst wird. Die Geburt eignet sich zudem auch als Beispiel der Variationsmöglichkeiten des Bezugssystems Gesellschaft. Während in der Schweiz oder den USA die Spitalgeburt als Normalität gilt und andere, oft günstigere Geburtsformen zu Hause oder in einem Geburtshaus von den Krankenkassen nicht übernommen werden¹, verhält es sich in Holland genau umgekehrt. Dort ist nach wie vor die Hausgeburt mit professioneller Unterstützung die Normalität und ins Spital gehen werdende Eltern primär bei erwarteten Komplikationen (Jabaaij und Meijer 1996; Johnson et al. 2007; Wanner, Perneger und Rougemont 1996; Wiegers et al. 1996; Wiegers et al. 1998).

2.1.3 Gesundheit in Abhängigkeit von Normalitätsvorstellungen

Gesellschaftliche Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit hängen also eng mit denjenigen von Normalität und zusammen. Mit der Entwicklung der modernen Leistungsgesellschaft sind die Normvorstellungen deutlich eingeeengt, und die Toleranz gegenüber Abweichungen geringer geworden.

Sozialgeschichtliche Analysen haben gezeigt, wie aus der protestantischen Arbeitsethik im Sinne von „Labor Vincit Omnia“ eine Arbeitsauffassung hervorgegangen ist, die sich durch Fleiss, Streben, Zuverlässigkeit und Stetigkeit auszeichnete, und die zunehmend zum Leitbild für Normalitätsvorstellungen wurde. Es ist dabei wie Siegrist (2005: 201) bemerkt interessant festzustel-

¹ Am 21.12.2007 wurden im Bundeshaus die Debatten und Abstimmungen über die Spitalfinanzierung abgeschlossen. Die Geburt in Geburtshäusern wird nun (sofern das Referendum nicht ergriffen wird) ins KVG aufgenommen und damit jenen in Spitälern gleichgestellt. Damit sollen Anreize geschaffen werden, für die natürliche von Hebammen begleitete (und auch preisgünstigere) Geburt. Mit diesem politischen Entscheid wird sich das entsprechende Bezugssystem auf der Mikroebene verändern.

len, dass Genussmittel, die der Aufrechterhaltung von Leistungsoptima (insbesondere Kaffee, aber auch Tabak) im Zuge der europäischen Industrialisierung, d.h. der Ausbildung zur modernen Leistungsgesellschaft, zu vorher unbekannten Verbreitung gelangten und besonders im Falle von Kaffee gesellschaftlich akzeptiert sind. Andere Aufputschmittel wie Kokain oder auch Zigaretten hingegen werden nicht resp. je länger desto weniger toleriert.

Kehrseite dieser Expansion des Leistungsstrebens als zentrale gesellschaftliche Norm ist die stetig wachsende Intoleranz gegenüber Leistungsschwachen und Leistungsunwilligen. Diese Gruppen wurden zum Gegenstand planmässiger gesellschaftlicher Ausgrenzungsprozesse. Die Medizin, insbesondere die Anstaltspsychiatrie und die Pädagogik übernahmen etwa seit der Mitte des 19. Jahrhunderts die Aufgabe, diese gesellschaftlichen Ausgrenzungsprozesse zu kontrollieren und zu legitimieren und heute werden diese Personen gerne in die Invalidenversicherung oder Sozialhilfe abgeschoben (Donzelot 1979; Dörner 2007 (2002); Foucault 2004 (1975)).

2.1.4 Definition Gesundheit

Trotz der beschriebenen Komplexität, wenn es darum geht Gesundheit zu erfassen und zu beschreiben wird verschiedentlich versucht, eine möglichst allgemeingültige Definition von Gesundheit zu formulieren. Die bekannteste und meistverwendete Definition stammt von der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Sie definiert in ihrer Verfassung von 1964 „Gesundheit“ als *„ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“* Mit dieser bewusst breit gefassten Definition will die WHO die Gesundheit aus den engen Bezügen des medizinischen Versorgungssystems lösen. Diese Definition beschreibt mit der angestrebten vollkommenen Gesundheit ein Idealbild, dem es sich möglichst anzunähern gilt. Dieser ideale Zustand ist für die meisten Menschen unrealistisch. Der konkrete, aktuelle Gesundheitszustand eines Menschen unterscheidet sich im Allgemeinen in einer mehr oder minder ausgeprägten graduellen Abstufung von diesem Ideal. Ab wann genau eine Person als gesund gilt und wann als krank bleibt demnach weiterhin eine offene Frage.

2.2 Soziale Ungleichheit

Ebenso wie es für diese Arbeit wichtig ist, den Untersuchungsgegenstand, also die Gesundheit, genauer zu betrachten ist auch die Auseinandersetzung mit sozialer Ungleichheit notwendig. Was genau ist darunter zu verstehen, wie kommt es dazu und inwiefern handelt es sich hierbei um ein soziales Problem?

2.2.1 *Was ist soziale Ungleichheit?*²

In der heutigen Gesellschaft ist soziale Ungleichheit allgegenwärtig. Täglich kann beobachtet werden, wie Menschen verschieden behandelt werden und mit unterschiedlichen Chancen und Möglichkeiten konfrontiert sind. In der Zeitung lesen wir, dass die Manager von Grossbanken trotz der schlechten Jahresabschlüsse beträchtliche Boni ausbezahlt bekommen, während die Verhandlungen zur Festlegung eines Mindestlohns für die Kassiererinnen im Supermarkt scheitern und die Zahl der „Working Poor“ weiter wächst. Es ist allgemein bekannt, dass Schülerinnen und Schüler, deren Name mit „vic“ endet, besondere Schwierigkeiten haben eine Lehrstelle zu finden, und wir nehmen zur Kenntnis, dass sich der Mieter der Attikawohnung eines neuen Off-Roaders erfreut, während die allein erziehende Mutter von nebenan nicht weiss, wie sie die Klassenlager ihrer Kinder bezahlen soll.

Die heutige Schweiz präsentiert sich als Gesellschaft, in der es Privilegien, Reichtum, Diskriminierung, Ausgrenzung und Armut gibt. Anhand von Beispielen lassen sich diese problemlos benennen und beschreiben. Schwieriger wird es, wenn wir nach typischen Verteilungs- und Strukturmustern oder gar nach universalistischen Prinzipien und Erklärungen fragen. Was ist eigentlich Ungleichheit? Wie entsteht sie, wie zeigt sie sich und wie lässt sie sich messen? Diese Fragen sind gewissermassen das Herzstück der Soziologie und entsprechend in einer Vielzahl soziologischer Schriften abgehandelt worden. Dennoch ist es bis heute nicht gelungen, diese Fragen abschliessend zu klären (vgl. dazu Forst 1994 ; Höffe 1977; Hondrich 1984; Mithaug 1996; Müller und Wegener 1995; Rawls 1975; Ritsert 1997; Roemer 1996; Schmidt 2000). Es liegt also in der Natur der Sache selbst, wenn diese Fragen auch hier zwar diskutiert aber nicht wirklich beantwortet werden können.

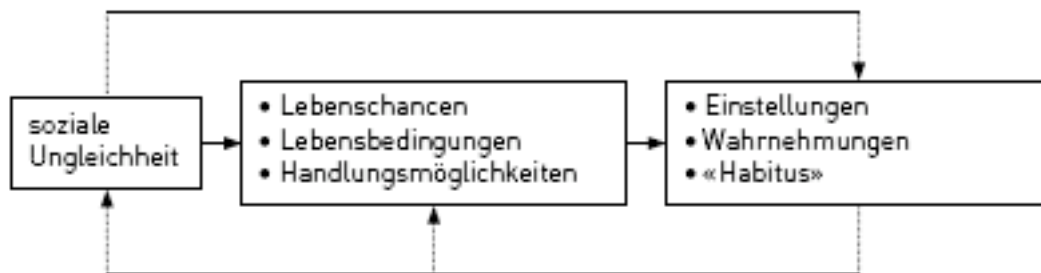
Von Ungleichheit wird dann gesprochen, wenn sich Ungleichartigkeit in Ungleichwertigkeit übersetzt. Frauen und Männer sind bekanntlich verschieden. Die biologischen Unterschiede sind aber (noch) keine Ungleichheiten. Wenn nun aber Frauen für dieselbe Arbeit weniger Lohn erhalten

² Die folgenden Abschnitte 2.2 Soziale Ungleichheit, 2.3 Chancengleichheit und 2.4 Soziale Ungleichheit und Gesundheit orientieren sich am Bericht Gesundheitsbezogene Chancengleichheit, verfasst gemeinsam mit Markus Lamprecht und Hanspeter Stamm in Auftrag der Gesundheitsförderung Schweiz (2006).

als Männer, ihnen erst nach Jahrzehnten das Stimmrecht zugestanden wird, sie es nur selten in gesellschaftliche Machtpositionen schaffen oder sie auch in Doppelverdienerhaushalten völlig selbstverständlich die Hausfrauen-Rolle übernehmen, dann handelt es sich nicht mehr einfach um Unterschiede sondern um Ungleichheiten (vgl. Cyba 2000; Gottschall 2000).

Zu Ungleichheiten werden Unterschiede also dann, wenn sie sozial bewertet, systematisch mit anderen Eigenschaften und Merkmalen verbunden und längerfristig unterschiedliche Lebens- und Erfolgchancen mit ihnen verknüpft werden (vgl. Bornschie 1991). Wenn man einmal von einem Vorgesetzten, Polizisten, Lehrer, Beamten oder Mitmenschen schlecht oder „ungerecht“ behandelt wurde, so hat dies nichts mit Ungleichheit zu tun. Wenn jemand dies aber (z.B. aufgrund der beruflichen Stellung, der Hautfarbe oder der Religion) immer wieder erlebt, dann handelt es sich zweifellos um eine soziale Ungleichheit. Oder anders ausgedrückt: Soziale Ungleichheit bezeichnet zeitlich stabile und systematische Formen von Privilegierungen und Diskriminierungen und nicht einzelne, zeitlich beschränkte Vor- oder Nachteile (siehe Berger und Hradil 1990; Bornschie 1991; Burzan 2004; Geissler 1996; Kreckel 1992; Lamprecht und Stamm 1994; Levy et al. 1997; Levy und Suter 2002; Müller 1992; Stamm, Lamprecht und Näf 2003).

Soziale Ungleichheiten als stabile und systematische Formen der Benachteiligung haben weit reichende Konsequenzen (vgl. Abbildung 2.1). Sie prägen unsere Lebensbedingungen und definieren unsere Lebenschancen und Handlungsmöglichkeiten. Sie determinieren zwar nicht unser Handeln, sie generieren aber einen Möglichkeitsraum, an dem wir unser Handeln mehr oder weniger bewusst ausrichten. Teilweise vermittelt über die Lebensbedingungen und -chancen, teilweise aber auch direkt, beeinflussen soziale Ungleichheiten unsere Wahrnehmungen und Einstellungen. Auf diese Weise findet die soziale Ungleichheit ihren Niederschlag im unterschiedlichen Denk-, Wahrnehmungs- und Handlungsschema einer Person, welches man in Anlehnung an Pierre Bourdieu (1979; 1987) als Habitus bezeichnen kann. Wenn Frauen und Männern verschiedene Fähigkeiten zugeschrieben und daraus abgeleitet unterschiedliche Aufgaben, Handlungsspielräume und Lebenschancen zugewiesen werden, dann werden Frauen und Männer ihren Vorgaben entsprechend auch anders handeln. Sie werden ihr Verhalten an ihren Möglichkeiten ausrichten, indem sie sich rollenkonform benehmen. Indem sie die Bilder von „richtigen“ Männern und Frauen internalisieren, zementieren sie schliesslich die Geschlechterungleichheit.

Abbildung 2-1: Grundmodell der Ungleichheitstheorien

Quelle: Lamprecht, König und Stamm (2006: 14).

Zusammenfassend kann man soziale Ungleichheiten als stabile, systematische und prägende Formen von Benachteiligungen und Bevorzugungen definieren. Welches sind aber die zentralen Determinanten von Ungleichheit in der gegenwärtigen Gesellschaft? Ist es das Geschlecht, das Alter, das Einkommen, die Bildung oder der Migrationshintergrund? Und wie soll Ungleichheit konkret gemessen werden? Die Beantwortung dieser Fragen verlangt einen etwas tieferen Einblick in die soziologische Ungleichheitsforschung und ihre Modelle und Konzepte.

2.2.2 Der sozioökonomische Status

Über Jahrzehnte war soziale Schichtung das Modell zur Beschreibung und Erklärung von sozialer Ungleichheit. Unabhängig davon, ob man nun von einem einfachen Dreischichtenmodell (mit Unter-, Mittel- und Oberschicht) ausging oder das Modell weiter ausbaute und differenzierte, war man sich grundsätzlich darin einig, dass sich die Bevölkerung in verschiedene (mehr oder weniger homogene) Schichten unterteilen liess, die vertikal übereinander liegen.³ Die aus der Geologie entlehnte Vorstellung von Übereinander liegenden Schichten zeichnet ein einfaches und anschauliches Bild der Ungleichheitsstruktur, das sich auch ausserhalb der soziologischen Ungleichheitsforschung grosser Beliebtheit erfreut.

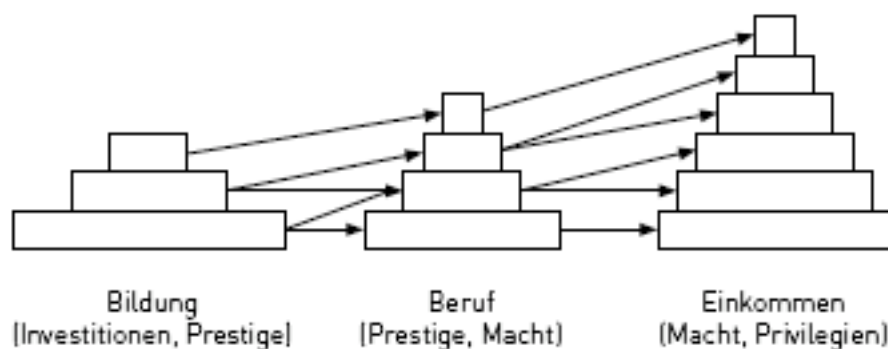
Hinter der Vorstellung von übereinander liegenden Schichten stehen bestimmte Annahmen zum Wesen und zu den Merkmalen einer Gesellschaft, auch wenn diese in vielen Fällen nicht explizit dargelegt werden und “Schicht” zeitweise zu einem reinen Statistikbegriff verkam. Das Bild der geschichteten Gesellschaften ist auf die Arbeits- und Leistungsgesellschaft bezogen. Daraus abgeleitet werden Annahmen zur Gewichtung und zum Wert von Arbeit, zum Erwerb von Status sowie zur Verteilung von Prestige und knappen Gütern. Das Schichtmodell enthält die mit dem

³ „Klassische“ Beispiele sind das fünf Stufen umfassende Modell von Geiger ([1932] 1987), das sechsstufige Modell von Janowitz (1958) und das siebenstufige Modell von Moore und Kleining (1960).

Selbstverständnis einer Leistungsgesellschaft kongruente Vorstellung, dass höhere Investitionen und Leistungen auch entsprechend belohnt werden müssen.

Schichten und Schichtpositionen lassen sich nämlich nicht auf ein einziges Merkmal reduzieren, sondern sind das Ergebnis einer systematischen Verknüpfung unterschiedlicher Ungleichheitsdimensionen. Dabei wird zwischen Investitions- oder Prestigedimensionen (Bildung, Berufsprestige) auf der einen Seite und Macht- oder Privilegiendimensionen (Berufsposition, Einkommen) auf der anderen Seite unterschieden. Abbildung 2.2 macht deutlich, dass die verschiedenen Dimensionen eng verknüpft sind und ein hohes Bildungsniveau in aller Regel mit einem hohen Berufsstatus und einem überdurchschnittlichem Einkommen einhergeht. Im Zentrum der Schichtforschung steht also die meritokratische Triade von Bildung, Beruf und Einkommen, die häufig auch als sozioökonomischer Status bezeichnet wird und anhand derer sich die gesellschaftliche Position einer Person bestimmen lässt.

Abbildung 2-2: Zusammenhang zwischen Bildung, Beruf und Einkommen



Quelle: Lamprecht, König und Stamm (2006: 15).

Ganz im Sinne des in Abbildung 2.1 dargestellten Grundmodells der Ungleichheitstheorie wollen Schichtungsmodelle Gesellschaft nicht nur beschreiben, sondern auch erklären. Die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Schicht sollte Erklärungen liefern für soziales Handeln, für Wertepreferenzen und Wahrnehmungsmuster (Habitus), für Erziehungsstile und politische Präferenzen aber auch für das unterschiedliche Gesundheitsverhalten und den Gesundheitszustand. Über Jahrzehnte war Schicht die wichtigste unabhängige Variable der Soziologie.

Vergleichbare Eigenschaften besass nur das Klassenmodell, das in seinen ursprünglichen Versionen eine noch einfachere Klassifikation (Besitz an Produktionsmitteln versus kein Besitz an Produktionsmitteln) erlaubte, die als erklärende Variable für unterschiedliche Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsmuster diente. Nach jahrzehntelangen Auseinandersetzungen erfolgte gegen Ende des 20. Jahrhunderts eine Annäherung zwischen der Klassen- und Schichtungsforschung. So stellte ein grosser Teil der Schichtungsforschung zunehmend die Hierarchien in der Erwerbssphäre als Scharnierstelle zwischen Investitionen und Belohnungen ins Zentrum der Betrachtung. Dagegen wurden zur Bestimmung der Klassenlagen statt der klassischen Bezug-

nahme auf das Verhältnis zu den Produktionsmitteln vermehrt auch andere Machtverhältnisse thematisiert (vgl. z.B. Dahrendorf 1957; 1961) und auf die klassischen Schichtdimensionen Beruf und Bildung zurückgegriffen (vgl. z.B. Bourdieu 1983; Bourdieu 1987; Erbslöh et al. 1988; Goldthorpe 1985; Holtmann und Strasser 1989; Wright 1985; Wright 1997).

Im Gegensatz zu den Schichtmodellen beschreiben Klassenmodelle jedoch immer ein Ausbeutungsverhältnis, das heisst, die einen haben mehr auf Kosten der anderen. Aus Sicht der Schichtungstheorie dient ein bestimmtes Mass an Ungleichheit der optimalen Besetzung von Positionen und Funktionen im Hinblick auf das Überleben und Wachstum einer Gesellschaft, während es aus Sicht der Klassentheorie nur um die Erhaltung von (angestammten) Privilegien geht. Im Zentrum der Schichtungstheorie steht das Postulat der Chancengleichheit, die Klassentheorie dagegen fordert mehr Gleichheit im Ergebnis (vgl. dazu Kapitel 2.3).

2.2.3 Die Kritik am Schichtmodell

Das klassische Schichtmodell ist in den vergangenen dreissig Jahren zunehmend in Kritik geraten. So genannte Entstrukturierungs- und Individualisierungsprozesse sowie das Auftauchen "neuer" Ungleichheiten hätten dazu geführt, dass die Ungleichheitsstruktur in den hoch entwickelten Gesellschaften komplexer und unübersichtlicher geworden sei und die Schichtmodelle (wie auch die Klassenmodelle) an Beschreibungs- und Erklärungskraft verloren hätten.⁴ Die verschiedenen Argumente gegen das Schichtmodell können anhand von vier zentralen Entwicklungslinien zusammengefasst werden.

Der „Fahrstuhl-Effekt“

Ein erstes Argument gegen die herkömmlichen Schichtvorstellungen bezieht sich auf die Niveauverschiebungen innerhalb einzelner Ungleichheitsdimensionen. Expansionsprozesse wie Wohlstandsanstieg, die Bildungsexpansion und der Ausbau des Sozialstaates hätten dazu geführt, dass die Leute über zunehmend mehr Einkommen, Bildung und soziale Sicherheit verfügten. Selbst wenn sich die Ungleichheitsrelationen als solche nicht abgebaut hätten, so hätte der kollektive Aufstieg im „Fahrstuhl“ der Nachkriegsgesellschaft dazu geführt, dass die sozialen Unterschiede mittlerweile für die grosse Bevölkerungsmehrheit oberhalb der Schwelle der Existenzbedrohung lägen und damit einiges von ihrer Sprengkraft verloren hätten. Soziale Ungleichheit ist damit zwar nicht verschwunden, aber sie sei weniger relevant geworden. Im Ver-

⁴ Mit Bezug zur Schweiz finden sich Analysen zu diesen Veränderungsprozessen bei: Lalive d'Epinay et al. (1982), Bornschiefer (1991, 1998), Zwicky (o.J.), Bergman, Joye und Fux (2002), Buhmann et al. (1989), Buchmann (1989), Budowski, Tillmann und Bergmann (2002), Ruschetti und Stamm (1991), Lamprecht (1991), Mäder et al. (1991), Farago und Flüglistaler (1992), Flüglistaler und Hohl (1992), Hirschier und Zwicky (1992), Buchmann et al. (1999, 2002), Lamprecht und Stamm (1994, 1996, 1999b, 2000), Stamm, Lamprecht und Nef (2003), Leu, Burri und Priester (1997), Levy et al. (1997). Als Überblick siehe Levy und Suter (2002).

gleich zu früher verfügt der Grossteil der Bevölkerung heute über deutlich mehr Bildung, mehr materiellen Wohlstand und mehr soziale Sicherheit (Beck 1986; Schulze 1992).

„Neue“ Ungleichheiten

Neben dem Argument, Ungleichheit hätte sich auf eine höhere Stufe verschoben und sei damit weniger sichtbar und relevant geworden, werden auch das Auftauchen von „neuen“ Ungleichheiten und der Bedeutungsverlust der Erwerbsarbeit dafür verantwortlich gemacht, dass konventionelle Schichtungsmodelle mehr und mehr an der Realität vorbeizielten. Viele Frauen, Ältere oder jüngere Menschen lassen sich im Modell nicht verorten, weil sie keinen (traditionelle Hausfrauen und Mütter), noch keinen (Menschen in Ausbildung) oder keinen Erwerbsstatus mehr (Pensiionierte) haben. Für die Schichtungsforschung sind dies „Randgruppen“, denen im Modell kein Platz zugewiesen werden kann. Von der Geschlechterforschung wurde schon früh kritisiert, dass die Ungleichheit innerhalb der Familie beispielsweise mit den herkömmlichen Kategorien nicht analysiert werden könne. Dabei wird argumentiert, die am Erwerbssystem festgemachten Schichtungsdimensionen – Bildung, Beruf und Einkommen – würden heute zunehmend um so genannte „neue“ Ungleichheiten ergänzt, welche die Wirkung der herkömmlichen Dimensionen überlagern, modifizieren oder brechen (vgl. Beck 1983; Berger 1987; Berger und Hradil 1990; Georg 1998; Hradil 1987; Hradil 1997; Konietzka 1995; Kreckel 1992; Lüdtkke 1989; Lüdtkke 1995; Müller 1992; Schwenk 1999; Spellerberg 1996; Zerger 2000). „Neue“ soziale Ungleichheiten entstehen dadurch, dass heute vermehrt die Lebensbereiche ausserhalb des Erwerbssystems ungleichheitsrelevant werden. Daneben werden aber auch Beziehungs- und Handlungsaspekte genannt, die „neue“ Ungleichheiten schafften wie beispielsweise Unterschiede in der Zeitautonomie, in der Biographie, in den sozialen Beziehungen, in der Familienform oder in der geschlechts-spezifischen Arbeitsteilung.

Als „neue“ Ungleichheiten gelten insbesondere Geschlecht, Migrationshintergrund, Alter oder auch Familienform, Kinderzahl und Wohnort. Die Beispiele zeigen auch warum „neue“ in Anführungszeichen gesetzt wird – neu an diesen Ungleichheitsdimensionen ist einzig, dass sie bisher wenig beachtet wurden und von den klassischen Schichtmodellen nicht adäquat erfasst werden konnten. Da bei den „neuen“ Ungleichheiten nicht ein eindeutiges Oben und Unten besteht, werden sie auch häufig als horizontale Ungleichheiten (im Gegensatz zu den vertikalen Ungleichheiten wie Bildung, Beruf oder Einkommen) bezeichnet. Ein vieldiskutiertes Beispiel einer „neuen“ Gruppe von Benachteiligten, welche mit dem Schichtmodell nicht adäquat erfasst werden kann, wären die allein erziehenden Mütter (Husi und Meier Kressig 1995; Suter, Budowski und Meyer 1996).

Die Entstrukturierung- und Dynamisierung von sozialer Ungleichheit

Neben den „neuen“ Ungleichheiten werden für die zunehmende Unübersichtlichkeit der gegenwärtigen Ungleichheitsstruktur von verschiedenen Autoren auch Entstrukturierungs- und Dyna-

misierungstendenzen verantwortlich gemacht. Durch die Entstrukturierungs- und Dynamisierungsprozesse verliert die Vorstellung von einheitlichen Schichten oder auch Klassen aus zwei Gründen an Bedeutung.

Erstens findet man heute kaum mehr ein Gesellschaftsmitglied, das sich durchgängig oder auch nur in der überwiegenden Zahl relevanter Ungleichheitsdimensionen in den oberen bzw. mittleren oder unteren Statuspositionen befindet. Der moderne Mensch versammelt eine inkonsistente Kombination von Privilegien und Benachteiligungen auf sich, die ihn hinsichtlich bestimmter Merkmale als eher bevorzugt, hinsichtlich anderer aber als eher diskriminiert ausweisen. Der Hochschulabsolvent, der trotz hohem Bildungsstatus zu einem bescheidenen Gehalt Taxi fährt, sei heute nicht mehr die Ausnahme, sondern die Regel.

Zweitens führt die zunehmende soziale Mobilität zu einer Aufweichung der Schicht- und Klassengrenzen. Das heisst: Die Verweildauer in einer bestimmten Statusposition hat sich verkürzt und wird nicht mehr automatisch an die nächste Generation weiter vererbt. Die Zunahme an Statusinkonsistenz und die vermehrte inter- und intragenerationelle Mobilität brachten eine Diversifizierung, Individualisierung und Verzeitlichung von Lebenslagen mit sich (vgl. Berger 1995; Berger und Hradil 1990; Mayer 1990).

Die Individualisierung und die Pluralisierung von Lebensstilen

Unter Individualisierung versteht man das Herauslösen des Einzelnen aus traditionellen Sozialbeziehungen. An die Stelle von herkömmlichen Institutionen und Sinnstiftungsinstanzen (wie Familie, Religion oder Nation) treten heute selbst gewählte und zeitlich befristete soziale Beziehungen. Individualisierung bringt mehr Freiheiten und Wahlmöglichkeiten auf Kosten von Traditionen, Routinen und Sicherheit (Beck 1986; Beck und Beck-Gernsheim 1994; Brose und Hildenbrand 1988; Junge 1996; Kron 2000; Schimank 2002). Für die Frage nach der sozialen Ungleichheit haben die Individualisierungsprozesse folgende Konsequenzen: Die Freiheiten in der individualisierten Gesellschaft sind riskant. Bastelbiographien sind auch Risikobiographien oder Drahtseilbiographien. Das Leben in der "Risikogesellschaft" ist permanent bedroht. Stets besteht die Gefahr abzustürzen: Der falsche Beruf, die falsche Branche oder eine private Unglücksspirale von Scheidung, Krankheit und Wohnungsverlust können zum Absturz führen. Beck (1986) vertritt die Meinung, dass diese Gefahr heute unabhängig von der Schichtzugehörigkeit über allen schwebt.

Individualisierung führt aber nicht nur zu einer schichtunabhängigen Dauergefährdung, Individualisierung wird jeweils auch als Hauptargument angeführt, weshalb sich relativ stabile und kohärente Grossgruppen wie Schichten und Klassen aufgelöst haben, und es heute zunehmend schwieriger geworden ist, von der sozialen Lage auf das Bewusstsein (den Habitus) und das Handeln von Personen zu schliessen (vgl. Abbildung 2.1). Die Klassen- und Schichtzugehörigkeit wird ersetzt durch den individualisierten und selbst gewählten Lebensstil.

2.2.4 Neue Konzepte zur Beschreibung und Klärung von Ungleichheit

Als Antwort auf die oben genannten Veränderungen sind in den letzten zwanzig Jahren verschiedene Neuansätze zur Erfassung von sozialer Ungleichheit entstanden, von denen hier die wichtigsten kurz skizziert werden sollen.

Zentrum – Peripherie Modell

Als neue Metapher, die das alte Bild von den übereinanderliegenden Schichten ersetzen soll, wird in verschiedenen Ansätzen auf das Begriffspaar Zentrum – Peripherie zurückgegriffen (vgl. Bornschie 2001; Bornschie und Keller 1994; Kreckel 1992; Lalive d'Epina et al. 1982; Lamprecht und Stamm 1999). Das aus der Weltsystemanalyse (Erste Welt als Zentrum gegenüber Dritter Welt als Peripherie) entlehnte Begriffspaar konzipiert die moderne Ungleichheitsstruktur als mehrdimensionalen Raum, in dem sich vielfältige und ambivalente Interessenslagen und Konfliktlinien überlagern. Bevorzugungen und Benachteiligungen werden als verschiedene Formen der Integration bzw. der sozialen Ausgrenzung gesehen.

Bornschie definiert Status als das Grundelement der sozialen Schichtung, wobei mit Status ein sozial definierter Platz im gesellschaftlichen Positionsgefüge gemeint ist (Bornschie 2005: 36)⁵. *Statusinhabern* eröffnen sich durch ihre Lage in der Schichtung bestimmte Handlungschancen und Zugang zu zentralen Bereichen in der Gesellschaft. Umgekehrt können mit einem entsprechenden Status auch Handlungsrestriktionen verbunden sein. Es spielt a priori keine Rolle, um welche Form von Status (Beruf, Bildung, Gesundheit etc.) es sich dabei handelt. Status kann sowohl eine diskrete (bsp. Arbeitgeber vs. Arbeitnehmer) als auch eine graduelle Abstufung (bsp. Berufsprestiges, persönlich verfügbares Einkommen oder wahrgenommener Gesundheitszustand) beinhalten. Notwendig ist einzig, dass die einzelnen Statuspositionen relativ zueinander dargestellt werden können.

Diese verschiedenen Statuslagen sind zunächst einmal nur ungleichartig. Nach den Überlegungen bezüglich „Was wird geschichtet?“ muss deshalb die Anschlussfrage: „Wie wird geschichtet?“ betrachtet werden. Diese Frage bezieht sich auf Mechanismen, die dem Schichtungsprozess zugrunde liegen. Bornschie führt hierzu drei Gruppen von allgemeinen Regeln auf: a) Statusschöpfung, b) Statusabstufung und c) Statusverknüpfung (Bornschie 2005: 41 ff.).

Unter *Statusschöpfung* fasst Bornschie Regeln, die Ungleichartigkeiten in Ungleichwertigkeiten umwandeln. Als klassisches Beispiel soll hier auf die Statusschöpfungsfkraft von Bildungsinstitutionen verwiesen werden. In der Schule werden Schülerinnen und Schüler anhand von Selektionsvorgängen in Leistungsstufen (Sekundarschule, Gymnasium etc.) eingeteilt. Diese

⁵ Hier findet sich eine Parallele zu Linton der bereits 1945 in „The Cultural Background of Personality“ (1993 (1967)) den Platz eines Individuums zu einer bestimmten Zeit in einem bestimmten System als Status definiert hat.

Leistungsstufen definierend letztlich nach Regelnd der *Statusabstufung* den erreichten formalen Bildungsstatus. An dieser Stelle verweist Bornschiefer an die Wichtigkeit, bei Statusverteilungen immer auch ein Augenmerk auf den Grad der Chancengleichheit bezüglich des Erreichens der verschiedenen Stufen zu richten. Je nachdem, wie Statusschöpfung, -abstufung und -verteilung gesellschaftlich geregelt sind, kann resp. muss von einer offenen oder geschlossenen Gesellschaft gesprochen werden. Eine offene Gesellschaft mit legitimer Schichtungsordnung zeichnet sich dadurch aus, dass alle Mitglieder dieselben Chancen haben, einen hohen Status zu erreichen. Wenn dieser primär von Geburt, Geschlecht etc. bestimmt wird, ist die Gesellschaft geschlossen und die Statusschichtungsordnung entsprechend illegitim.

Anhand der Regeln der *Statusverknüpfungen* werden letztlich verschiedene Statusverteilungen aufeinander bezogen. Wie es zu solchen Statusverknüpfungen in der Gesellschaft kommt, wird von verschiedenen Theorien unterschiedlich beantwortet. Dass auch die moderne Gesellschaft von solchen Statusverknüpfungen geprägt wird, ist unbestritten und wird in der Regel auch als legitim betrachtet. Es wird als normal resp. legitim eingeschätzt, dass Personen mit hohem Berufsstatus wie Richter oder Professoren auch vergleichsweise viel Geld verdienen und entsprechend einen hohen Einkommensstatus haben. Statusverknüpfungen sind allerdings nicht immer perfekt. Es wird immer auch ein Mass an Statusinkonsistenz gemessen wie Millionäre ohne formelle Bildung oder auch die gerne zitierten Dr. phil. Taxifahrer. Bornschiefer sieht in diesem Umstand ein Merkmal der modernen Gesellschaft und ist der Meinung, die Statusinkonsistenz vermittele über Chancenunabhängigkeit in der Gesellschaft eine höhere Legitimierung derselben. Das Gegenteil wäre der Fall, wenn ein Schichtungssystem in der Horizontalen vollkommen geschlossen wäre und so ein Status alle übrigen implizieren würde.

Bornschiefer weist weiter darauf hin, dass sowohl Individuen als auch Gruppen einen bestimmten Status innehaben können. Sind Statusgruppen (Gemeinschaften, Organisationen etc.) Gegenstand der Untersuchung, so ergibt sich bei der Interpretation der effektiven Handlungschancen allerdings ein Problem:

„Werden nun Gruppen [...] als Inhaber von Status unter dem Gesichtspunkt ihrer Schichtung analysiert, so können nicht gleichzeitig die Statusdifferenzen *innerhalb* dieser Gruppe gebührend in den Blick geraten, vielmehr wird der Status zum Gegenstand, der der Gruppe als solcher gemeinsam, ist“ (Bornschiefer 2005: 45).

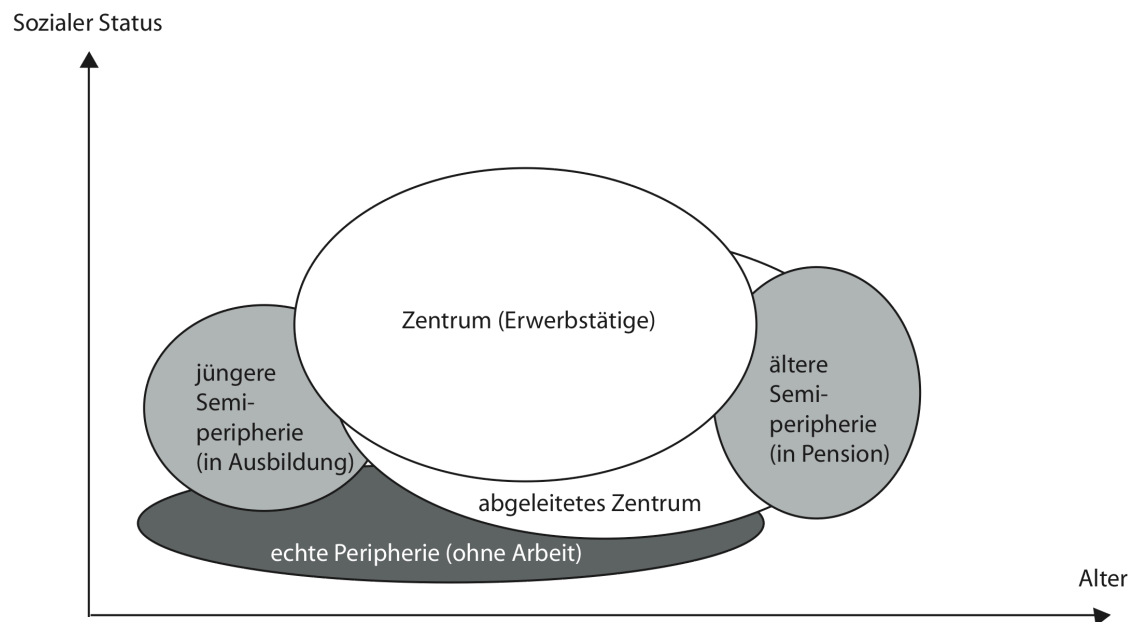
In Bornschiefers Zentrum-Peripherie Modell wird das erwähnte Problem insofern entschärft, als sowohl im Zentrum, wie auch in den verschiedenen Peripherien Menschen und Subgruppen nach ihren Handlungschancen gegliedert werden. Mitglieder einer Statusgruppe teilen per Definition mindestens ein bedeutsames gemeinsames soziales Merkmal, beispielsweise Erwerbstätigkeit, auf. Daneben weisen sie in der Regel noch eine Vielzahl weiterer Status wie etwa Zivilstand auf.

Das Zentrum-Peripherie Modell eignet sich sehr gut, um die Statusgruppenschichtung in der modernen Gesellschaft abzubilden. Dabei definiert Bornschiefer in seinem Modell die Kernstatus-

gruppe über die Tatsache, dass sie im Arbeitsmarkt integriert und erwerbstätig ist. Dieses Merkmal legitimiert die zentrale Stellung im Modell und es grenzt sie klar ab von den verschiedenen Peripherien, welchen die Erwerbstätigkeit im Status-Set fehlt. Mitglieder der Peripherien sind materiell abhängig und ihre Lebensgrundlage wird gesichert durch ihre Mitgliedschaft in kleineren und grösseren Gruppen wie Familien oder Staaten.

Die Statusgruppen knüpfen an biologisch definierte Merkmale an, die allerdings durch die Ausgestaltung der Sozialstaaten erheblich „überformt und markiert“ (Bornschiefer 2005: 46) sind. Wie erwähnt, bilden die im Erwerbsleben aktiven Erwachsenen in der modernen Gesellschaft die Kernstatusgruppe. Kinder, Jugendliche und junge Menschen in Ausbildung gehören noch nicht, die Alten resp. Pensionierten gehören nicht mehr zu dieser Gruppe im Zentrum. Hausfrauen und Hausmänner haben zwar gesamtgesellschaftlich betrachtet eine äusserst wichtige Funktion inne, sie gehören aber durch den Umstand, nicht selber Erwerbstätigkeit zu sein, nicht der Kernstatusgruppe an. Die Teilhabe an der Kernstatusgruppe kann durch Arbeitslosigkeit oder Mutterschaft auch nur vorübergehend verloren gehen. Gliedert sich beispielsweise eine Mutter nach der Kinderpause wieder in den Arbeitsmarkt ein, so wird sie automatisch auch wieder Teil der Kernstatusgruppe. Des weitern existieren verschiedene kleinere Peripherien wie Invalide, Drogensüchtige oder Langzeitarbeitslose.

In dem in Abbildung 2-3 dargestellten Zentrum-Peripherie Modell werden Erwerbstätigkeit als zentrale Dimension identifiziert und die ökonomisch aktiven Personen als „Zentrum“ definiert. Darum herum gruppieren sich vier verschiedene Lagen, die durch eine mehr oder weniger enge Beziehung zum Zentrum charakterisiert sind: das „abhängige Zentrum“ mit den Hausfrauen und -männern, die noch nicht erwerbstätigen Schüler/innen und Studierenden der „jüngeren Semiperipherie“, die nicht mehr erwerbstätigen Rentner/innen der „älteren Semiperipherie“ sowie die Arbeitslosen und Ausgesteuerten der „echten Peripherie“. Im Gegensatz zum Schichtmodell lassen sich im Zentrum-Peripherie Modell auch Personen verorten, die keiner Berufsarbeit nachgehen und kein Erwerbseinkommen beziehen.

Abbildung 2-3: Zentrum-Peripherie Modell nach Lamprecht und Stamm

Eigene Darstellung nach Stamm, Lamprecht und Nef (2003) sowie Stamm und Lamprecht (2005).

Soziale Lagen

Anstelle von sozialer Schicht wird heute oft von sozialer Lage gesprochen.⁶ Der Vorteil des Konzeptes besteht darin, dass soziale Lagen im Gegensatz zu sozialen Schichten auch inkonsistente Verknüpfungen von Statusdimensionen erfassen können. Das Konzept erweist sich auch insofern als flexibler, als es auch "neue" Ungleichheiten aufzunehmen vermag, die von den Schichtmodellen aus der Analyse ausgeklammert wurden. Das Konzept der sozialen Lagen hat also den Vorteil, dass es Individuen genauer zu verorten und konkrete Lebensbedingungen detaillierter zu beschreiben vermag. Im Gegensatz zum Schichtmodell verzichtet es dabei aber auf eine gesellschaftliche Analyse von Strukturierung. Das heisst: Das Modell hat deskriptiv viele Vorteile, es ist aber nur sehr bedingt erklärend.

Milieus und Lebensstilgruppen

Aufgrund einer erweiterten Sichtweise der gegenwärtigen Ungleichheitsstruktur mittels Zentrum-Peripherie Modellen oder dem Konzept der sozialen Lagen können zwar präzisere Aussagen über Lebensbedingungen und Lebenschancen sowie objektive Konfliktlagen gewonnen werden, das Problem der nachlassenden alltagspraktischen Relevanz von sozialen Lagen lässt sich dadurch

⁶ Der Begriff der «sozialen Lage» oder der «Lebenslage» hat in der Soziologie eine lange Tradition. Neu ist jedoch, dass der Begriff heute häufig anstelle von Klasse und Schicht verwendet wird (vgl. auch Geissler 1996).

allerdings kaum lösen. Dem Problem, dass aufgrund der strukturellen Verortung nur noch vage Aussagen über das Bewusstsein und das Handeln von Personen gemacht werden können, ist damit nur bedingt beizukommen.

Vor dem Hintergrund der genannten Entstrukturierungs- und Individualisierungsprozesse richtete sich das Augenmerk der Ungleichheitsforschung verstärkt auf die kulturelle Prägung von Lebensformen. Zwei Forschungsrichtungen sind dabei besonders hervorzuheben: die Lebensstilforschung (vgl. Konietzka 1995; Lüdtke 1989; Lüdtke 1995; Müller 1992) sowie die Milieuforschung (vgl. Hradil 1987; Hradil 1997; Schulze 1992). Die beiden Ansätze werden dabei nicht scharf voneinander abgegrenzt und oft synonym verwendet. Soziale Milieus oder Lebensstilgruppen lassen sich in Anlehnung an Hradil (1997: 505) als Gruppierungen definieren, die sich im Hinblick auf Lebensziele und Alltagsethiken, Methoden der Lebensführung, Interpretationen von Arbeits- und Lebensbedingungen sowie Stile des Umgehens mit Mitmenschen unterscheiden. Hinter den beiden Ansätzen steht die Überlegung, dass wir in heutigen Gesellschaften keine einheitliche Kultur und keine klaren Werte mehr finden, sondern ein Patchwork unterschiedlicher Kulturen und Wertemuster, die sich zu typischen Milieus oder Lebensstilen verdichten.

Sofern Lebensstil- und Milieukonzepte nicht als Ersatz, sondern Ergänzung zur klassischen Sozialstrukturanalyse betrachtet werden, enthalten sie ein beträchtliches analytisches Potenzial, das zur Aufschlüsselung von Differenzierungs- und Ungleichheitsprozessen führen kann. Dabei wird deutlich, dass Milieus und Lebensstilgruppen nicht einfach durch soziostrukturelle Variablen determiniert sind, sondern einen unabhängigen Einfluss ausüben, der teilweise auch wieder auf die soziale Lage zurückfällt.

2.2.5 Folgerungen für die Untersuchung von sozialer Ungleichheit und Gesundheit

Welche Konsequenzen ergeben sich nun aus den oben skizzierten Veränderungsprozessen und Neukonzeptionen für die Ungleichheitsforschung?

Zunächst muss darauf hingewiesen werden, dass die These eines zunehmenden Bedeutungsverlusts herkömmlicher Ungleichheitsdimensionen keineswegs unumstritten ist. Die von zahlreichen Autoren ins Feld geführten theoretischen Überlegungen und empirischen Evidenzen weisen darauf hin, dass die Ungleichheiten bezüglich Bildung, Berufsstatus, Berufsprestige, Einkommen oder formaler Macht nicht kleiner geworden sind (vgl. Erbslöh et al. 1988; Geissler 1996; Haller 1989; Lemel 1991). Dies gilt im Besonderen auch für die Schweiz (vgl. Joye und Levy 1994; Lamprecht und Stamm 2000; Levy et al. 1997; Stamm und Lamprecht 2005; Stamm, Lamprecht und Näf 2003; Streuli und Bauer 2002; Suter, Renschler und Joye 2004).

Selbst prominente Verfechter des so genannten Differenzierungsparadigmas wie Ulrich Beck, Stefan Hradil, Reinhard Kreckel oder Hanspeter Müller räumen ein, dass weniger von einer Ab-

nahme klassischer Ungleichheit als vielmehr von einem Bedeutungsverlust und einem Verlust an Klarheit gesprochen werden muss. Die wesentlichen Veränderungen im Ungleichheitsgefüge liegen auf der Ebene der Wahrnehmung und (Be)deutung von Ungleichheit. Aufgrund einer vereinfachenden, an herkömmlichen Schichtdimensionen festgemachten Einteilung in Schichten (oder auch Klassen) lassen sich heute weder über die spezifischen Lebensbedingungen, Lebenschancen und Lebensziele noch über individuelle Wahrnehmungs-, Bewusstseins- und Handlungsdimensionen eindeutige Aussagen machen. Der Möglichkeitenraum der Gesellschaftsmitglieder ist generell grösser geworden und hat sich zumindest teilweise von der Schichtzugehörigkeit entkoppelt. Neben den herkömmlichen Schichtdimensionen müssen auch andere Ungleichheitsdeterminanten in die Analyse einbezogen werden, was nur über eine Erweiterung der Ungleichheitskonzepte möglich ist.

Tabelle 2.1 verdeutlicht, dass die verschiedenen Konzepte nicht nur wissenschaftsgeschichtlich gesehen zu verschiedenen Zeiten entstanden sind, sondern auch auf einer jeweils anderen theoretischen Ebene ansetzen. Dabei kann einerseits unterschieden werden, ob sich der Begriff auf das Problem gesellschaftlicher Strukturierung bezieht oder auf die Beschreibung der sozialen Merkmale einer Person (Makro- vs. Mikroebene), andererseits kann zwischen einer strukturellen, stärker ökonomischen und einer stärker kulturellen Ebene unterschieden werden. So sind im Begriff Lebenschancen im Gegensatz zum Begriff Lebensstil die strukturellen Bedingungen mitformuliert (vgl. Geissler 1996: 322).⁷ Andererseits zielt der Begriff Lebensstil als Muster expressiven Verhaltens auf die konkrete Verhaltensebene, während soziale Milieus als überindividuelles Gebilde auf der Makroebene anzusiedeln sind (vgl. auch Otte 1996). Lebensstile werden mehrheitlich durch die konkreten Verhaltensweisen bestimmt, während Milieus vergesellschaftende und gemeinschaftsbildende Wirkung zuerkannt wird (vgl. Hradil 1997: 508). Schichten, Klassen, Lagen oder Milieu gehört man an: Es handelt sich um gesellschaftliche Grossgruppen, in denen man ein "Mitglied" ist.

⁷ Vgl. Dahrendorf (1979: 50), der das Konzept der Lebenschancen an Max Weber festmacht und Chancen mehr als Voraussetzungen des Handelns und weniger als tatsächliche Handlungsweisen bestimmt.

Tabelle 2-1: Konzepte zur Beschreibung von sozialer Differenzierung

Analyseebene/Dimension	strukturelle Dimension	kulturelle Dimension
Makroebene <i>Beschreibung der gesellschaftlichen Differenzierung</i>	Klasse Schicht soziale Lage	Milieu
Mikroebene <i>Beschreibung konkreter individueller Verortungen</i>	Lebensbedingungen Lebenschancen	Lebensstil Lebensformen

Quelle: Lamprecht, König und Stamm (2006: 21).

„Lebensbedingungen“ und „Lebenschancen“ beschreiben dagegen die konkreten individuellen Verortungen, wie sie sich aus den gesellschaftlichen Differenzierungen ergeben. Nach Hradil (1997) sind Lebensbedingungen faktisch bestimmt durch das Erreichen von Zielvorstellungen (z.B. Über Ansehen, Wohlstand, Sicherheit oder eine gute Gesundheit zu verfügen), durch die Ressourcen für Handlungsmöglichkeiten (Geld, Bildungsgrad, Kontakte, Absicherungen) und durch Risiken (wie sie sich durch Technologierisiken, Unfallgefahren, soziale Unsicherheiten und gesundheitsschädliche Arbeits- und Wohnbedingungen ergeben können). Diese Begriffsbestimmung zeigt, wie unmittelbar Lebensbedingungen an die gesellschaftlich relevanten Ungleichheitsmechanismen gebunden bleiben. Das oben diskutierte Zentrum-Peripherie-Modell kann dagegen keinem Feld zugeordnet werden, da sowohl Lebenslagen und Milieus als auch konkrete Lebensbedingungen oder Lebensstile als zentral und peripher beschrieben werden können.

Die kurzen Ausführungen sollen die Leistungsfähigkeit und den Erklärungsgehalt verschiedener Ansätze aufzeigen. Dabei wird deutlich, dass es das Modell nicht gibt. Während die konventionellen Schicht- und Klassenperspektiven nach wie vor für die allgemeine Analyse von Ungleichheitsstrukturen geeignet sind, vermögen Milieuansätze neuere Arten der Differenzierung besser zu erfassen. Beiden eher auf der Makroebene angesiedelten Ansätzen ist jedoch gemeinsam, dass sie individuelle Handlungsbedingungen nur bedingt einzufangen vermögen und daher auch nur allgemeine Aussagen über konkrete Wahrnehmungs- und Handlungsmuster ermöglichen.

Der Forschungsalltag scheint dagegen nicht sehr von der Diskussion betroffen zu sein. In der angewandten Forschung wird häufig weiterhin mit einfachen Schichtindikatoren gearbeitet, mit Bildung und dem Einkommen als einzigem (Schicht-)Kriterium. „Neue“ Ungleichheiten werden noch kaum einbezogen, und die Wahl der Indikatoren ist in aller Regel weder theoretisch begründet noch auf ein allgemeineres Konzept von Ungleichheit bezogen (vgl. Niemann, Spörri und Abel 2005).

2.3 Chancengleichheit

2.3.1 *Was ist Chancengleichheit?*

In Abschnitt 2.2 haben wir festgehalten, dass Ungleichheit letztlich auf der ungleichen Bewertung von Unterschieden beruht: Ungleichartigkeit wird zu Ungleichwertigkeit. Genauso wie die Bestimmung von Ungleichheit ist auch die Bestimmung von Gleichheit auf Gleichheitswerte angewiesen. Gleichheit ist als Prinzip der Gestaltung sozialer Beziehungen nur insofern von Bedeutung, als sie auf ein konkretes Kriterium bezogen wird, nach dem Menschen als gleich zu betrachten sind. „Frauen und Männer sind gleich“ ist ein unsinniges Postulat, die Postulate „Frauen und Männer haben die gleichen Rechte“ oder „Frauen und Männer sollen für gleiche Leistungen gleich viel Lohn erhalten“ dagegen keineswegs. Theoretisch können unzählige solcher Gleichheitspostulate formuliert werden, nur einige davon sind und waren aber sozial bedeutsam. Als Beispiele dafür können die Gleichheit vor Gott, die Gleichheit vor dem Gesetz oder die Gleichheit bezüglich der Teilnahme an den staatlichen Regelungen („one (wo)man one vote“) genannt werden. Diese Gleichheitspostulate bilden die Basis für die Regelung der sozialen Beziehungen zwischen Menschen, Gruppen oder Organisationen.

Das bürgerliche Konzept von Gleichheit, wie es während der Aufklärung entwickelt und in der französischen Revolution erstritten wurde, stellt die juristische und politische Gleichheit in den Vordergrund. Es enthält das Postulat der formalen Gleichbehandlung und Gleichberechtigung aller Menschen, wie es in den Menschen- und Bürgerrechten bereits 1789 festgelegt, in vielen Bereichen aber erst viel später (Frauenstimmrecht) oder noch nicht (Stimmrecht für die ausländische Wohnbevölkerung) durchgesetzt wurde. Im bürgerlichen Konzept von Gleichheit ist zwar die ökonomische Gleichheit (der erarbeitete Wohlstand soll unter alle Menschen zu gleichen Teilen verteilt werden) bewusst ausgeklammert, es macht die ökonomische Ungleichheit aber erklärungsbedürftig (vgl. Dahrendorf 1961): Wenn alle Menschen von Natur aus gleichrangig, frei und gleich an Rechten sind, muss erklärt werden, warum die einen reich, mächtig und angesehen, die anderen arm, ohnmächtig und unbeachtet sind. Ist ein umfassender Gleichheitsanspruch im Sinne von Gleichberechtigung einmal ausformuliert und der Mensch aus einer starren, sich auf Gott oder die Natur berufenden Gesellschaftsordnung entlassen, so lässt sich der Anspruch nicht ohne weiteres auf gewisse Bereiche zurücknehmen. Ungleichheiten müssen fortan legitimiert werden. Die Frage: „Warum gibt es Ungleichheit?“ ist gestellt und verlangt nach einer Antwort.

Auf die Frage, weshalb trotz formaler Gleichheit so viel Ungleichheit existiert, finden sich (von Marx über Tocqueville bis hin zu Parsons oder Dahrendorf) die unterschiedlichsten Antworten. Die wohl wichtigste und populärste Erklärung beruht auf einer funktionalistischen Rechtfertigung, die stark verkürzt wie folgt zusammengefasst werden kann: Da die Menschen von Natur aus ungleich sind (d.h. über unterschiedliche Fähigkeiten und Motivationen verfügen), erreichen sie im Wettlauf der Leistungsgesellschaft verschiedene Positionen, die je nach ihrer Wichtigkeit

für die Gesellschaft unterschiedlich belohnt werden. Ganz nach der Devise: Je mehr jemand zum Gemeinwohl einer Gesellschaft beiträgt, desto grösser soll auch seine Belohnung (sein Stück vom Gesamtkuchen) sein. Die Glücklichen und Tauglichen steigen auf, die Pechvögel und Untauglichen steigen ab. Wäre dem nicht so, so wäre dies zum Schaden von allen: Ein Zurückbinden der Leistungsfähigen und Leistungsbereiten und ein Zurückstufen der zu erwartenden Belohnungen hätte ein spürbares Nachlassen der Produktivität in allen Lebensbereichen und damit einschneidende Nachteile für alle Gesellschaftsmitglieder zur Folge.⁸

Genau an dieser Stelle der Argumentation kommt die Chancengleichheit zum Zug. Die Chancengleichheit soll dafür sorgen, dass jeder an die richtige Stelle in der Hierarchie der unterschiedlich wichtigen und unterschiedlich belohnten Positionen kommt. Die Kombination von Leistungsgechtigkeit und Chancengleichheit ersetzt die Forderung nach mehr Belohnungsgleichheit oder mehr Gleichheit im Ergebnis. Zusammengefasst lassen sich die beiden Prinzipien wie folgt umschreiben.

Gleichheit im Ergebnis: Die Forderung nach mehr Gleichheit im Ergebnis richtet sich gegen die Einkommens-, Vermögens- oder Machtunterschiede. Mehr Gleichheit im Ergebnis schafft man, indem man die Besteuerung progressiver gestaltet oder indem man in einem Betrieb die Lohnunterschiede zwischen gut bezahlten und schlecht bezahlten Angestellten verringert.

Chancengleichheit: Die Regeln, die über Erfolg und Misserfolg eines Menschen bestimmen, sollen für alle gleich sein. Chancengleichheit ist ein Wettbewerbsprinzip und eine Garantie für formale Gleichbehandlung: Niemand darf vom Wettbewerb um Ansehen und Wohlstand ausgeschlossen werden. Jeder soll formal die gleichen Möglichkeiten der Teilnahme und die prinzipiell gleichen Aussichten auf Erfolg haben.

Dass die Grenzen zwischen Gleichheit und Chancengleichheit nicht absolut sind, sondern es auf den jeweiligen Blickwinkel ankommt, kann an folgendem Beispiel verdeutlicht werden: Wenn es Frauen vermehrt in Führungspositionen schaffen, wurde mit Blick auf die Positionsstruktur mehr Chancengleichheit (die Chancen der Frauen haben sich erhöht), aber nicht mehr Gleichheit geschaffen (am Unterschied zwischen den unterschiedlichen Positionen in einem Betrieb hat sich nichts geändert). Mit Blick auf die Ungleichheit zwischen den Geschlechtern lässt sich aber gleichwohl von mehr Gleichheit sprechen.

Der Unterschied zwischen Gleichheit und Chancengleichheit soll in der Folge anhand des klassischen Beispiels der schulischen Chancengleichheit sowie mit Blick auf Gleichheit und Gesundheit weiter präzisiert werden.

⁸ Stamm, Lamprecht und Nef (2003) zeigen, dass diese Rechtfertigung von der grossen Mehrheit der Schweizer Bevölkerung akzeptiert und als Verteilungsprinzip unterstützt wird.

2.3.2 Chancengleichheit im Bildungssystem

Gemäss der oben skizzierten Vorstellung einer offenen Leistungsgesellschaft ist das Bildungssystem die “zentrale Dirigierstelle für die künftige soziale Sicherheit, für den künftigen sozialen Rang und für das Ausmass künftiger Konsummöglichkeiten” (Schelsky 1957: 17). Die Dirigierfunktion hat für die Ausgestaltung des Bildungssystems weit reichende Konsequenzen, bedingt sie doch, dass in der Schule selektioniert wird. In einem verzweigten, auf Prüfungen und Berechtigungen aufbauenden, hierarchischen System wird Bildung zu einem knappen Gut. Ihre Rechtfertigung findet die schulische Auslese im Prinzip der Chancengleichheit: Kein Schüler soll wegen seiner Herkunft, seines Geschlechts, seiner religiösen und ethnischen Zugehörigkeit oder seiner Sprache bevorzugt bzw. benachteiligt werden. Allein schulische Leistung, objektivierbar gemacht in einem ausgeklügelten Prüfungs- und Berechtigungswesen, darf über Auf- oder Abstieg im Bildungssystem entscheiden (Lamprecht 1991).

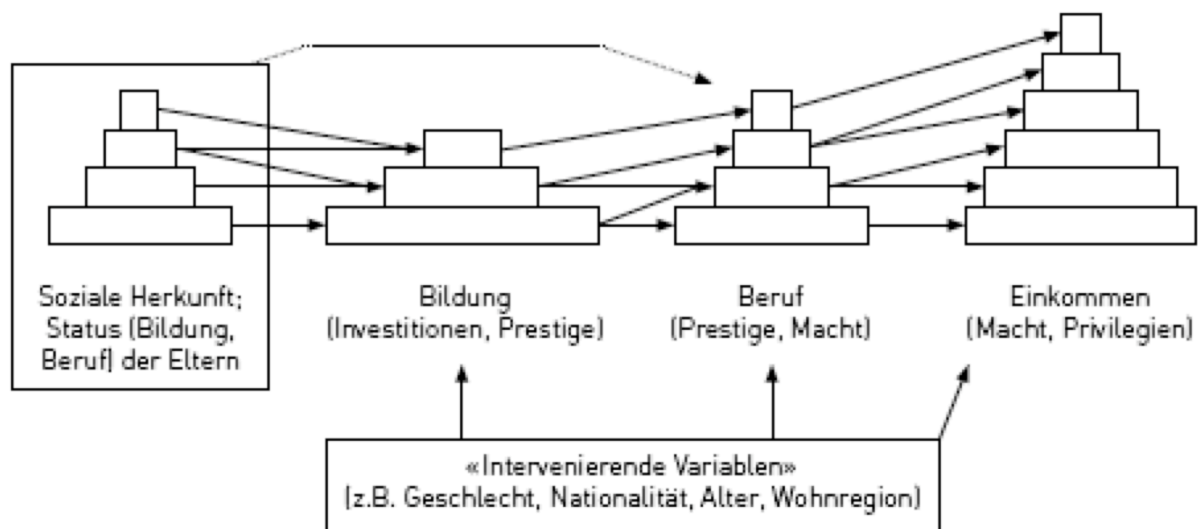
Die Bedeutung der schulischen Chancengleichheit reicht dabei weit über die Schule hinaus: Die formale Schulbildung ist eine Investition, welche den Gesellschaftsmitgliedern die Tür zur Berufsbildung öffnet, die dann ihrerseits zur Vorbedingung für Erwerbstätigkeit und Einkommen wird (vgl. Abbildung 3.1). Ob es tatsächlich die in der Ausbildung angeeigneten Kenntnisse und Fertigkeiten sind, die sich später auszahlen, oder ob die Auslese im Bildungssystem mehr der Verschleierung und Rechtfertigung überkommener Privilegien dient, wird zwar unterschiedlich beurteilt.⁹ Unbestritten bleibt jedoch, dass man mit einem umso höheren Einkommen rechnen kann, je mehr man in die Schul- und Berufsbildung investiert hat. Schulische Leistung rechtfertigt soziale Unterschiede damit auch ausserhalb des Bildungssystems. Dieser Transfer macht die Schule zum zentralen Ort des gesellschaftlichen Chancengleichheitskonzepts.

Vor dem Hintergrund der Auseinandersetzung mit gesundheitlicher (Chancen-)Ungleichheit ist nun interessant, was genau unter schulischer Chancengleichheit verstanden wird und wie das Postulat umgesetzt wird. Die Forderung nach formal-rechtlicher Chancengleichheit verlangt, dass es in der Schule keine systematischen Bevorzugungen bzw. Benachteiligungen von Einzelnen oder Gruppen aufgrund von zugeschriebenen Merkmalen (wie Geschlecht, sozialer Herkunft, Nationalität) geben darf. Die Forderung ist soweit unbestritten. Bei der Umsetzung stellt sich aber die Frage, wie genau mit den in Abbildung 2.5 dargestellten äusseren Einflussfaktoren umgegangen werden soll. Sollen diese Einflussfaktoren auch dann ausgeblendet werden, wenn die formale

⁹ Während die Humankapitaltheorie der Bildungsökonomien die These vertritt, die Einkommensverteilung beruhe letztlich auf Abzinsung des vorher akkumulierten Bildungskapitals (vgl. z.B. Berger 1969), ist die Reproduktions- und Legitimationstheorie der Meinung, in der Bildungsverteilung widerspiegle sich die Privilegienverteilung, da die schulische Auslese in Abhängigkeit von der sozialen Herkunft erfolgte (vgl. dazu Bourdieu und Passeron 1970 sowie für die Schweiz Lamprecht und Graf 1991 sowie Bornschier 1998).

Gleichbehandlung letztlich zu Ungleichheit führt¹⁰, oder sollen die negativen Wirkungen dieser Einflussfaktoren bewusst kompensiert werden, indem sozial Benachteiligte eine vermehrte und gezielte Förderung erhalten. Auf Letzteres zielt das Postulat der statistischen Chancengleichheit, das dann erfüllt ist, wenn Frauen und Männer genauso wie Arbeiterkinder und Akademikerkinder proportional zu ihrem Anteil an der Bevölkerung in den höheren Bildungsgängen vertreten sind.¹¹ Auf den Punkt gebracht heisst die zentrale und strittige Frage: Bedeutet Chancengleichheit einfach formale Gleichbehandlung (auch von Ungleichen) oder involviert Chancengleichheit den aktiven Abbau von Ungleichheit?

Abbildung 2-4: Erweitertes Modell des Zusammenhangs zwischen Bildung, Beruf und Einkommen



Quelle: Lamprecht, König und Stamm (2006: 27).

2.3.3 Chancengleichheit im Gesundheitssystem

Auch bei der gesundheitlichen Ungleichheit wird ein Unterschied zwischen Ungleichheit und Chancengleichheit gemacht. Die begriffliche Trennung ist zwar weniger klar und scharf als in der allgemeinen Ungleichheits- und in der Bildungsforschung, sie ist aber letztlich mit der gleichen Problemstellung konfrontiert. Auch bei der gesundheitlichen Ungleichheit wird zunächst einge-

¹⁰ Dies ist beispielsweise bei Kindern der Fall, die in einem fremdsprachigen oder eher „bildungsfeindlichen“ Milieu aufwachsen und deshalb die Anforderungen und Erwartungen der „Mittelschichtsschule“ nicht in gleicher Weise erfüllen können.

¹¹ Der Frage, inwiefern das schulische Chancengleichheitspostulat tatsächlich umgesetzt wurde und welcher Einfluss die Öffnung des Bildungssystems und die Bildungsexpansion dabei ausübten, kann hier nicht näher nachgegangen werden (vgl. dazu Lamprecht und Stamm 1996 und Stamm und Lamprecht 2005 sowie die aktuelle Diskussion rund um die Befunde der Pisa-Studie).

räumt, dass es keine absolute Gleichheit geben könne. Personen können nicht gleich gesund oder krank sein, da sie auch unterschiedliche körperliche Voraussetzungen und Dispositionen haben. Unabhängig davon, dass diese Begründung mehr auf die grundlegenden Unterschiede als auf die sozialen Ungleichheiten in engeren Sinne zielt (vgl. Kapitel 2.2), braucht das Gleichheitspostulat auch mit Blick auf die gesundheitliche Ungleichheit Kriterien, auf die sich die Argumentation stützen kann (d.h. gleich im Bezug auf was?).

In einer älteren, aber immer noch häufig zitierten Arbeit unterscheidet Mooney (1983) sieben Gleichheitskriterien (vgl. auch Mielck 2000: 302):

1. Gleiche Ausgaben pro Person
2. Gleiche Ressourcen pro Person
3. Gleiche politische Prioritäten
4. Gleiche Ressourcen bei gleichem Bedarf
5. Gleicher Zugang mit gleichem Bedarf
6. Gleiche Inanspruchnahme
7. Gleicher Gesundheitszustand

Die Forderungen 1 bis 4 beziehen sich auf die regionale Verteilung von finanziellen Mitteln und Ressourcen: Jede Region soll pro Kopf der Bevölkerung bzw. entsprechend ihrem Bedarf den gleichen finanziellen Anteil erhalten, über die gleichen Ressourcen verfügen und das gleiche Versorgungsniveau dank gleicher politischer Prioritäten aufweisen. Die vier Forderungen können zusammengefasst werden mit der Formel: Keine gesundheitliche Ungleichheit nach Regionen.

Die Kriterien 5 und 6 beziehen sich auf die individuelle Ebene und lassen sich mit der allgemein anerkannten Forderung „gleicher Zugang zur gesundheitlichen Versorgung für alle“¹² zusammenfassen, wobei die Forderung 6 nicht nur die Finanzen, sondern auch den ungleichen Informationsstand und die individuellen Präferenzen einbezieht.

Das Gesundheitswesen soll die Versorgungssicherheit für die ganze Bevölkerung gewährleisten. Unabhängig von Status und Rang soll die medizinische Versorgung allen Gesellschaftsmitgliedern in gleichem Masse zur Verfügung stehen. In der Schweiz schliesst das System der obligatorischen Kranken- und Unfallversicherung grundsätzlich die gesamte Bevölkerung ein.¹³ Trotzdem ist der Zugang nicht für alle Bevölkerungsgruppen gleich. Wissensdefizite, unterschiedliche Einschätzungen der Bedeutung von Vorsorgeuntersuchungen, unterschiedliche Konzepte von Gesundheit und Krankheit sowie unterschiedliche Körperwahrnehmungen und Unterschiede in der Compliance führen zu einer ungleichen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Der zu-

¹² „Gesundheit für alle“ ist seit 1998 das gesundheitspolitische Rahmenkonzept der WHO Europa (WHO 1999).

¹³ Neben der Eindämmung der Kosten und dem Ausbau der Leistungen war auch die Verstärkung der Solidarität das erklärte Ziel des 1996 in Kraft getretenen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) (Gärtner 2003).

nehmende Spardruck auf das Gesundheitssystem weckt zudem Befürchtungen über das Aufkommen einer Zwei-Klassenmedizin (Wydler 1997: 3f). Ein weiteres sich abzeichnendes Problem stellen die Personen dar, die (temporär) keine Versicherungsleistungen beanspruchen können, da sie mit der Zahlung der Krankenkassenprämien im Verzug sind¹⁴.

Das 7. Kriterium von Mooney (1983) zielt auf den eigentlichen Gesundheitszustand und enthält eine Forderung, die in der vorliegenden Formulierung als unrealistisch oder zumindest utopisch zu bezeichnen ist. Aus offensichtlichen Gründen können nicht alle Personen den gleichen Gesundheitszustand haben. Die Forderung wird deshalb nicht auf einzelne Personen, sondern auf grössere Bevölkerungsgruppen bezogen und als Unabhängigkeit des Gesundheitszustandes vom Wohnort oder vom sozialen Status interpretiert (vgl. Mielck 2000: 203). In dieser Form wurde die Forderung auch von der WHO (1985) in ihre Zielsetzungen für das Jahr 2000 übernommen:

“Bis ins Jahr 2000 sollten die derzeit bestehenden Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen den Ländern sowie zwischen verschiedenen Gruppen innerhalb der Länder um mindestens 25 Prozent verringert werden, und zwar durch Verbesserung des Gesundheitsniveaus der benachteiligten Völker und Gruppen” (WHO 1985a: 33).

In der deutschen Übersetzung wurde diese Zielsetzung mit dem Titel “Chancengleichheit auf dem Gebiet der Gesundheit” versehen. Die Forderung nach Chancengleichheit bezieht sich in dieser Lesart also auf Unterschiede zwischen Regionen bzw. Ländern sowie Gruppen, die es gemäss Vorgaben der WHO zu verbessern gilt. Da die Ungleichheitsstruktur – wie in Kapitel 2.2 festgestellt – in der Gegenwartsgesellschaft unübersichtlich geworden ist und es viele Ungleichheits-Kriterien (alte und neue, vertikale und horizontale, zugeschriebene und erworbene, relevante und weniger relevante) gibt, um Personen in Gruppen einzuteilen, bleibt die WHO-Forderung unspezifisch. Gilt es die gesundheitliche Ungleichheit mit Blick auf das Geschlecht, das Alter, die Bildung, den Beruf, das Vermögen, die Nationalität oder die soziale Herkunft (etc.) zu verringern?

Eine Präzisierung und Klarstellung des allgemeinen WHO-Ziels findet sich bei Whitehead (1991) in ihrem WHO-Bericht “Die Konzepte und Prinzipien von Chancengleichheit und Gesundheit”.

¹⁴ Seit Januar 2006 können die Krankenversicherer gestützt auf eine Gesetzesänderung (Art. 64a Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG und Art. 90 KVV) Zahlungen für Leistungen aussetzen, wenn die versicherte Person trotz Mahnungen ihre Prämien nicht bezahlt und der betroffene Krankenversicherer im Rahmen der Betreuung ein Fortsetzungsbegehren gestellt hat. Als Folge dieser Gesetzesänderung sind - trotz Krankenkassenobligatorium - viele Menschen ohne Versicherungsschutz. Gemäss Zeitungsberichten schätzt der Krankenversichererverband Santésuisse, dass schweizweit zwischen 125'000 und 150'000 Personen keinen Versicherungsschutz mehr haben. Diese Personen können nur gegen Barzahlung medizinische Dienstleistungen beziehen (Vgl. Regierungsratsbeschluss des Kantons Solothurn vom 1. Mai 2007)

Whitehead führt in ihrer WHO-Argumentation sieben Ursachen für gesundheitliche Ungleichheit auf (Übersetzung teilweise nach Mielck 2000: 304):

1. Angeborene, biologische Faktoren
2. Frei gewähltes, gesundheitsrelevantes Verhalten (z.B. Sport treiben)
3. Unterschiedliche Geschwindigkeit bei der Inanspruchnahme neuer Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme
4. Nicht frei gewähltes, gesundheitsrelevantes Verhalten (z.B. eintönige Computerarbeit)
5. Exposition gegenüber gesundheitsgefährdenden Arbeits- und Wohnbedingungen
6. Zugang zur gesundheitlichen Versorgung
7. Gesundheitsbedingte soziale Mobilität (sozialer Abstieg von psychisch Kranken)

Während die gesundheitlichen Ungleichheiten 1 bis 3 in der gesundheitspolitischen Diskussion als “unvermeidbar” oder “fair” angesehen werden, sind die Ursachen 4 bis 7 vermeidbar und “unfair”. Diese gesundheitlichen Ungleichheiten, die auf diesen Ursachen beruhen, sollten zur Herstellung von mehr gesundheitlicher Chancengleichheit verringert werden.

Im Englischen wird in diesem Zusammenhang häufig zwischen den Begriffen “health inequalities” und “health inequities” unterschieden. Mit dem wertneutraleren Begriff “health inequalities” werden alle Unterschiede im Gesundheitszustand gekennzeichnet, während “health inequities” sich auf die als ungerecht und unfair eingeschätzten Unterschiede bezieht. Mielck (2000: 305) übersetzt “health inequalities” mit “gesundheitliche Ungleichheit” und “health inequities” mit “problematische gesundheitliche Ungleichheiten”. Die Unterscheidung ist jedoch nicht unumstritten, da sie die Diskussion auf die Begriffe “fair” und “ungerecht” verschiebt, und wird deshalb von verschiedenen Autoren nicht gemacht.

In Anlehnung an die WHO-Argumentation von Whitehead (1991) lässt sich die Forderung nach gesundheitlicher Chancengleichheit damit wie folgt umschreiben: “Jeder soll eine faire Chance erhalten, sein Gesundheitspotenzial voll auszuschöpfen, d.h. alle vermeidbaren Hemmnisse zur Erreichung dieses Potenzials sollen beseitigt werden” (Mielck 2000: 305).

Was „vermeidbare Hemmnisse“ sind, wird von Mielck (2000: 367) dann noch näher mit Blick auf die klassischen Schichtdimensionen Bildung, Beruf und Einkommen konkretisiert, wenn er das gesundheits-politische Ziel „gesundheitliche Chancengleichheit“ wie folgt festlegt:

„Jeder Mensch sollte unabhängig von Ausbildung, beruflichem Status und/oder Einkommen die gleiche Chance erhalten, gesund zu bleiben bzw. zu werden. Bei den gesellschaftlich bedingten – und somit potenziell auch veränderbaren – Einflüssen auf den Gesundheitszustand sollte es daher so wenig Unterschiede nach Ausbildung, beruflichem Status und/oder Einkommen geben wie möglich.“ Mielck (2000: 367).

Dabei wird von Mielck eingeräumt, dass nicht alle gesellschaftlich bedingten Unterschiede im Gesundheitszustand vollständig abgebaut werden können. Die Zieldefinition wird daher wie folgt

eingeschränkt: „Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit auf das kleinst mögliche Ausmass.“

Trotz dieser Konkretisierungen lässt sich das Konzept der Chancengleichheit nur schwer in klare Zielsetzungen oder gar Handlungsansätze übersetzen. Neben einer präziseren Fassung von sozialer Ungleichheit (vgl. Kapitel 3.2) ist dazu eine etwas systematischere Betrachtung des Zusammenhangs von sozialer Ungleichheit und Gesundheit notwendig.

2.3.4 Zuständigkeit für die Wahrung der Chancengleichheit im Bezug auf Gesundheit

Die vorliegende Arbeit orientiert sich an der Gesundheitsdefinition der WHO: „Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens.“ Diese Definition fasst Gesundheit sehr weit – noch weiter geht jedoch aktuelle Politik der WHO Europa. Sie will „Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“ (WHO 1999). Die Gesundheitsdefinition und Politik der WHO haben auch für die Schweiz von Bedeutung, denn sie hat die Verfassung der WHO ratifiziert und sie ist seit dem 7. April 1948 in Kraft (Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft 2006). Relevant für diese Arbeit über soziale Ungleichheit und Gesundheit ist neben der Definition auch der weniger bekannte nächste Abschnitt der WHO Konstitution:

„Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“

Weiter heisst es im internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, welche 1966 in New York abgeschlossen und in der Schweiz am 18. September 1992 in Kraft getreten unter Artikel 2, Absatz 2: „Die Vertragsstaaten verpflichten sich, zu gewährleisten, dass die in diesem Pakt verkündeten Rechte ohne Diskriminierung hinsichtlich der Rasse, der Hautfarbe, des Geschlechts, der Sprache, der Religion, der politischen oder sonstigen Anschauung, der nationalen oder sozialen Herkunft, des Vermögens, der Geburt oder des sonstigen Status ausgeübt werden.“ Artikel 12, Absatz 1 hält bezüglich Gesundheit fest: „Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn *erreichbare Höchstmass* an körperlicher und geistiger Gesundheit an“ (kursiv, ck).

Hier wird auf die Chancengleichheit auf eine gute Gesundheit Bezug genommen. Aber auch hier bleibt die Forderung eher vage, und es können keine verbindlichen Richtlinien abgeleitet werden und es wird auch nichts darüber ausgesagt, wer für das Einhalten und Umsetzen der Chancengleichheit verantwortlich ist.

Konkreter und auch verbindlicher wird dieser Grundsatz, wenn er mit der Schweizerischen Verfassung verbunden wird. Im Zweckartikel (Art. 2) der Bundesverfassung heisst es unter Absatz 3: „*Sie [die Schweizerische Eidgenossenschaft] sorgt für eine möglichst grosse Chancengleichheit unter den Bürgerin-*

nen und Bürgern“ und im Artikel über die Grundsätze rechtsstaatlichen Handelns (Art. 5) heisst es unter Absatz 4: „*Bund und Kantone beachten das Völkerrecht.*“ Daraus kann abgeleitet werden, dass die Aufgabe der Umsetzung der Chancengleichheit auf eine gute Gesundheit für *alle* in der Schweiz wohnhaften Personen dem Bund und den Kantonen zufällt.

Unter Artikel 41, Absatz 1 heisst es weiter:

Bund und Kantone setzen sich in Ergänzung zu persönlicher Verantwortung und privater Initiative dafür ein, dass:

- a. jede Person an der sozialen Sicherheit teilhat;
- b. jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält;

Unter Absatz 4 wird allerdings einschränkend festgehalten:

„Aus den Sozialzielen können keine unmittelbaren Ansprüche auf staatliche Leistungen abgeleitet werden.“

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es sich beim Postulat für Chancengleichheit für eine gute Gesundheit um ein Grundrecht handelt, dass auch in der Schweizer Bundesverfassung festgehalten wird und dass Bund und Kantone die Aufgabe zukommt, dieses Grundrecht einzulösen.

2.4 Soziale Ungleichheit und Gesundheit

2.4.1 Empirische Befunde zur gesundheitlichen Ungleichheit

In seinem Überblick über die internationale Forschung zeigt Mielck (2000) wie auch in hochentwickelten Ländern die Mortalität und die Morbidität mit der sozialen Lage in Zusammenhang stehen. Dies gilt zweifellos auch für die Schweiz (vgl. Bisig und Gutzwiller 1999, Caritas 2003, Suter, Renschler und Joye 2004), wenngleich hierzulande erst ansatzweise umfassende Forschungsprojekte durchgeführt wurden (eine gute Einführung in die Schweizer Verhältnisse geben Zimmermann und Weiss 2004).

Verschiedene Studien zur Mortalität zeigen, dass Personen in einer tieferen sozialen Lage eine kürzere Lebenserwartung aufweisen als Personen in höheren Lagen (Mielck 2000, Marmot 2005). Dieser Befund liess sich sowohl mit Blick auf die Unterschiede bei der Bildung als auch beim Berufsstatus und beim Einkommen feststellen: Die Sterblichkeit bei Personen ohne Matura, bei

Personen mit tieferem Berufsstatus oder in den unteren Einkommensgruppen ist höher als im Bevölkerungsdurchschnitt.¹⁵

Ein Zusammenhang zwischen Sterblichkeit und Berufsstatus wurde in der Schweiz bereits im 19. Jahrhundert nachgewiesen (Minder 1993). Wie sich unabhängig vom Berufsstatus auch das Bildungsniveau auf die Mortalität von Frauen und Männern auswirkt, zeigt die Studie von Bopp und Minder (2003). Die unterschiedliche Sterblichkeit lässt sich also nicht nur auf das berufsbedingte Risiko zurückführen, sondern steht auch in Zusammenhang mit kulturellen Ressourcen, welche die Lebensbedingungen und Lebensbewältigung beeinflussen.

Zu einem analogen Resultat kommt man mit Blick auf die Morbidität (Mielck 2002). Die Chance, einen Herzinfarkt zu erleiden oder an psychischen Störungen zu erkranken, sowie eine kritische Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands sind bei Personen mit einem tieferen sozialen Status höher als bei Personen mit einem höheren Bildungs-, Berufs- oder Einkommensstatus. Mit Blick auf die Schweiz stellen Schopper und Obrist (2005) fest, dass die Wahrscheinlichkeit an Krebs zu erkranken je nach Region, Kanton, Berufsgruppe und sozialer Schicht verschieden hoch ist. So haben beispielsweise Männer mit einer minimalen Schulbildung ein doppelt so hohes Risiko an Krebs zu sterben als Akademiker (Schopper und Obrist 2005: 1298).

Die gesundheitliche Ungleichheit zeigt sich bereits bei den Kindern und Jugendlichen. Realschüler/innen bzw. Hauptschüler/innen leiden häufiger an Kopfweh als Gymnasiast/innen, und Kinder von Eltern mit tieferer Schulbildung haben die ungesünderen Zähne als Kinder von Eltern mit höherer Schulbildung. Vereinzelt findet sich allerdings auch der umgekehrte Effekt; so sind Allergien in unteren sozialen Lagen seltener anzutreffen als in höheren.

Sowohl der Zusammenhang zwischen Mortalität und sozialer Lage als auch der Zusammenhang zwischen Morbidität und sozialer Lage erweist sich als linear. Das heisst: Je höher der soziale Status, desto besser der Gesundheitszustand bzw. desto geringer die Sterblichkeit. Die grössten Unterschiede finden sich, wenn man die oberste Statusgruppe (z.B. wirklich Reiche) mit der untersten (z.B. extrem Arme) vergleicht. Mielck (Mielck 2000) spricht davon, dass die Morbidität in der untersten Statusgruppe zwei- bis dreimal grösser sein dürfte als in der obersten Statusgruppe. Der Unterschied in der Lebenserwartung soll für Männer 3.3 Jahre und für Frauen 3.9 Jahre betragen. Marmot (Marmot 2005: 1099) kommt für die USA sogar auf Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen den höchsten und tiefsten sozialen Lagen von bis zu 20 Jahren.

¹⁵ Studien zur Mortalität auf Individualebene sind relativ selten. Häufig wird der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Mortalität auf der Makroebene untersucht, indem Mortalitätsraten und die sozioökonomische Struktur zwischen verschiedenen Regionen verglichen wird (vgl. Übersicht bei Mielck (2000: 69ff.)). Dabei besteht allerdings das Problem des ökologischen Fehlschlusses.

Der Einfluss der sozialen Lage auf die Gesundheit zeigt sich nicht nur, wenn man die untersten mit den obersten sozialen Lagen vergleicht. Der soziale Gradient erstreckt sich über die ganze Gesellschaft. Unterschiede bezüglich Sterblichkeit und Krankheitsrisiken finden sich nicht nur zwischen einfachen Arbeitern und höheren Angestellten, sie finden sich auch zwischen leitenden Angestellten und dem höchsten Kader. Die so genannte Whitehall-Studie konnte auf der Grundlage von 17'000 britischen Regierungsangestellten nachweisen, dass Angestellte des mittleren Dienstes stärker von koronaren Herzerkrankungen betroffen sind als ihre höher gestellten Kollegen (vgl. Marmot, Smith und Stansfield 1991; Wilkinson und Marmot 1998).

In verschiedenen Studien konnte ferner ein Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und dem Gesundheitsverhalten sowie verschiedenen Risikofaktoren festgestellt werden. In seinen Studien aus den Niederlanden konnte Mackenbach einen eindeutigen Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Zigarettenrauchen, Übergewicht, Gesamt-Cholesterin, Bluthochdruck, Mundhygiene sowie Ernährung nachweisen (vgl. Zusammenstellung in Mackenbach 1998). Bei allen diesen Faktoren zeichnen sich Personen mit einem höheren sozialen Status durch ein gesünderes Verhalten aus. Analoge Zusammenhänge liessen sich mittels der schweizerischen Gesundheitsbefragung des Bundesamtes für Statistik finden, wobei zusätzlich auch eine eindeutige Beziehung zwischen einem gesundheitsfördernden Bewegungsverhalten und dem sozioökonomischen Status gemessen werden konnte (vgl. König et al. 2005; Zimmermann und Weiss 2004).

2.4.2 Gesundheit und soziale Ungleichheit in der Schweiz

Die Schweiz gehört weltweit zu den Ländern mit der höchsten Lebenserwartung und dem teuersten Gesundheitssystem. Durch die Versicherungspflicht haben alle in der Schweiz wohnhaften Menschen Zugang zu medizinischen Leistungen¹⁶. Dies mögen Gründe dafür sein, dass in der Schweiz die politische wie auch wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Frage nach dem Zusammenhang von Gesundheit und sozialer Lage vergleichsweise spät begann. Das allgemeine Bewusstsein um diesen Nexus war – zumindest in der Deutschschweiz – bis in die Neunziger Jahre kaum vorhanden. Die Vorstellung, es hätten nicht alle die gleichen Chancen gesund zu sein resp. zu bleiben, widerspricht dem gängigen Mythos, in der Schweiz herrsche dank der direkten Demokratie Chancengleichheit (Minder und Amstutz 2001).

Anfangs der Achzigerjahre wurde vom sozialdemokratischen Tessiner Nationalrat Werner Carobbio ein Postulat eingereicht mit dem Auftrag, die Frage nach dem Zusammenhang von Beruf und Krebs untersuchen zu lassen (Minder und Amstutz 2001). Der Nationalfonds unterstütze in

¹⁶ Das trifft allerdings nur für die offiziell in der Schweiz wohnhaften und angemeldeten Personen zu. Die so genannten „Sans Papiers“, also sich illegal aufhaltende Personen haben diesen Zugang nicht. Beschränkt ist auch der Zugang für Personen, die durch Verzug der Zahlung ihrer Krankenkassenprämien nur gegen Barzahlung Leistungen beziehen können (siehe 2.3.3).

der Folge eine entsprechend angelegte Studie und 1986 erschienen die ersten Publikationen (Beer, Greusing und Minder 1986; Minder, Beer und Rehmann 1986a; Minder, Beer und Rehmann 1986b) und die Problematik der gesundheitlichen Ungleichheit drang langsam ins Bewusstsein der Bevölkerung ein¹⁷. Heute ist die Frage, ob wir es in der Schweiz (schon) mit einer Zwei- oder gar Dreiklassenmedizin zu tun hätten, in aller Munde (Sigrist 2006; Spöndlin 2000; Stöhlker 2006). Auf die wichtigsten seither in der Schweiz durchgeführten Studien und ihre Kernbefunde soll im folgenden Abschnitt eingegangen werden.

Tatsache ist, dass bereits Ende des 19. Jahrhunderts in der Schweiz grosse regionale Unterschiede bezüglich der Sterblichkeit (z.B. bei Suizid oder Säuglingssterblichkeit) bestanden. Die starke Abnahme der Sterblichkeit im 20. Jahrhundert variiert noch heute nach Wohnregion – wenn auch auf tieferem Niveau (Bisig und Paccaud 1987; Bopp und Gutzwiller 1999; Schüler und Bopp 1997). Vergleichbares zeigt sich auch für die sozio-ökonomischen Unterschiede der Gesundheit. Auf diese Befunde soll im folgenden Abschnitt eingegangen werden.

Mortalität

Die meisten Schweizer Studien, die sich mit Gesundheit und sozialer Ungleichheit befassen, beziehen sich auf die Sterblichkeit (Beer, Bisig und Gutzwiller 1993; Bodenmann et al. 1990; Bopp und Gutzwiller 1999; Minder 1984; Minder 1993; Minder, Beer und Rehmann 1986a; Minder, Beer und Rehmann 1986b).

Bereits Ende des 19. Jahrhunderts findet man in der Schweiz deutliche Unterschiede in der Sterblichkeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen. Während bei den Männern, die in der Tabak- und Zigarrenfabrikation tätig waren oder die bei der Eisenbahn arbeiteten in den Jahren zwischen 1879 und 1890 knapp einer von 100 starb (0.97 resp. 0.94%), waren es bei den Küfern und Küblern mehr als drei mal mehr (3.21%), die in der gleichen Zeitspanne ihr Leben verloren (Minder 1993).

Auch hundert Jahre später findet man in der Schweiz einen deutlichen Zusammenhang zwischen Beruf und Sterblichkeit. Minder et al. (1986) finden für die Jahre 1979-1982 eine doppelte Sterblichkeitswahrscheinlichkeit für gelernte manuelle Arbeiter im Vergleich zu Männern in akademischen und freien Berufen wie Ärzte, Anwälte, Universitätsprofessoren etc. Betrachtet man die potenziell verlorenen Lebensjahre, so ist der Effekt des sozialen Gradienten sogar noch grösser (Beer, Bisig und Gutzwiller 1993).

Schon vor der Geburt und in den ersten Monaten gibt es soziale Unterschiede bezüglich der Sterblichkeitswahrscheinlichkeit. Bodenmann et al. (1990) bestätigen den aus England (OPCS Monitor 1985) und Schweden (Ericson et al. 1984) bekannten Zusammenhang zwischen sozio-

¹⁷ Für die genaueren Details sei auf den sehr informativen Beitrag von Minder und Amstutz 2001 hingewiesen.

professionellem Status des Vaters und Geburtsgewicht sowie Mortalität des Kindes. Ein geringes Geburtsgewicht (unter 2500 Gramm) und Säuglingssterblichkeit erweisen sich auch in der Schweiz als sensible Indikatoren für die Erfassung sozialer Deprivation. Geringes Geburtsgewicht und die damit zusammen hängende perinatale Sterblichkeit kommt in der tiefsten sozialen Klasse (ungelernte manuelle Arbeiter) etwa 36% häufiger vor als in den privilegierten (mittleres Kader sowie akademische- und freie Berufe).

Lehmann et al. weisen in ihrer Übersicht darauf hin, dass es vielmehr die sozio-ökonomische Distanz zwischen Bevölkerungsgruppen und kaum der absolute Wohlstand eines Landes ist, der die Gesundheitsunterschiede beeinflusst (vgl. Wilkinsons relative Einkommenshypothese, Kapitel 3.1).

„The dimension of socio-professional status is probably more important than any other in determining the health status of a person or family. Higher socio-professional status tends to be associated with higher income to cover for life's necessities and an increased competence to deal with stressful situations. The Swiss results are of political and scientific interest in that they suggest what the average wealth of a community does not determine health differentials; social status differentials, and by consequence wealth differentials, determine health differentials.” (Lehmann et al. 1990: 384).

Eine der neueren und umfangreichsten Studien über den Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz stammt von Huwiler und Mitarbeitern (2002). Das Forscherteam des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern setzt Angaben bezüglich gesundheitlicher Befindlichkeit, Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und gesundheitsrelevantem Verhalten in Beziehung zu Bildung, Beruf und Einkommen. Sie verwenden die Daten der mindestens 25-jährigen Personen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1997.

Benachteiligung sozio-ökonomisch schwacher Personen

Die Autoren kommen zum Schluss, dass auch in der Schweiz, einem Land in dem alle Leute Zugang zu einem gut ausgebauten Gesundheitswesen haben (Bisig, Bopp und Minder 2001) und das weltweit zu den Ländern mit der höchsten Lebenserwartung gehört, bedeutsame gesundheitliche Unterschiede zwischen den sozialen Schichten existieren.

„In der überwiegenden Mehrheit der untersuchten Bereiche – allgemeine Gesundheit, körperliches und psychisches Befinden, Inanspruchnahme von medizinischen und nicht-medizinischen Leistungen aus gesundheitlichen Gründen, Gesundheitsverhalten und Störungen durch Lärm – sind Personen mit tieferem sozio-ökonomischen Status benachteiligt.“ (Huwiler et al. 2002).

In dieser Studie zeigt sich der Zusammenhang zwischen sozio-ökonomischem Status und Gesundheit besonders deutlich bei der selbst beurteilten Gesundheit. Bei den Frauen wie auch bei den Männern waren die Unterschiede zwischen den Bildungsklassen am stärksten ausgeprägt.

Unabhängig vom Geschlecht war die Prävalenz schlechter selbst beurteilter Gesundheit in der untersten sozio-ökonomischen Gruppe mehr als doppelt so hoch wie in der höchsten. Dieser Befund ist insofern von grosser Bedeutung, als eine schlechte selbst beurteilte Gesundheit Voraussagekraft hat für spätere Erkrankungen und für eine erhöhte Sterblichkeit (Idler und Benyamini 1997; Idler et al. 2004).

Differenzen bezüglich Geschlecht

Männer und Frauen unterscheiden sich klar bezüglich ihrer Prävalenzen. Frauen geben deutlich häufiger an, gesundheitliche Probleme zu haben, beurteilen ihre Gesundheit allgemein schlechter, haben häufiger Rückenschmerzen, starke körperliche Beschwerden und ein schlechteres psychisches Befinden als Männer. Weiter nehmen Frauen häufiger medizinische und andere Hilfeleistungen in Anspruch. Männer waren jedoch häufiger übergewichtig, rauchen mehr und konsumieren übermässiger Alkohol als Frauen (Huwiler et al. 2002).

Sonderfall Akademikerinnen

Die Studie von Huwiler et al. verweist neben den systematischen Benachteiligungen nach sozio-ökonomischem Status noch auf weitere bemerkenswerte Befunde, die hier in knapper Form wiedergegeben werden sollen. Beispielsweise fallen Akademikerinnen durch unerwartet hohe Prävalenz von Beschwerden und Inanspruchnahme auf. Dies gilt für starke körperliche Beschwerden, schlechtes psychisches Befinden, Schlafstörungen, Konsum von Medikamenten mit Suchtpotenzial, Spitalaufenthalte und Konsum von ärztlich verschriebenen Medikamenten. Auch die Akademiker geben relativ häufig ein schlechtes psychisches Befinden an. Zudem wurde von ihnen häufiger als erwartet ein Gefühl geringer Kontrolle über das eigene Leben angegeben. Häufig waren weiter das Fehlen einer Vertrauensperson, Arztbesuche, Hilfe von Verwandten oder Bekannten, Rauchen und übermässiger Alkoholkonsum (Huwiler et al. 2002).

Gesundheit und der „Röschigraben“

In der Schweiz zeigen sich zwischen den Landesteilen und Sprachregionen in verschiedenen Aspekten von Gesundheit deutliche Unterschiede (Bisig und Paccaud 1987; Schüler und Bopp 1997). Zum einen reflektieren diese bestehende sozioökonomische Differenzen, zum anderen aber auch kulturelle Unterschiede bezüglich des Rauchverhaltens, Alkoholkonsums, des Umgangs mit dem eigenen Körper sowie der Krankheits- und Gesundheitskonzepte. Unterschiede bestehen ebenso in der Wahrnehmung oder Einschätzung des psychischen Wohlbefindens. Diese Unterschiede finden sich bereits bei Jugendlichen (Narring, Tschumper und Michaud 1994).

Veränderung der sozialen Ungleichheit

Es sind der Autorin keine Studien bekannt, die sich explizit mit der Veränderung der sozialen Ungleichheit in der Schweiz auseinandergesetzt hätten. Es gibt jedoch Stimmen, die vermuten,

dass die sozialen Unterschiede in Bezug auf Gesundheit weiter zugenommen haben (Bisig, Bopp und Minder 2001).

2.4.3 Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit: Ein Erklärungsmodell

Zur Beantwortung der Frage, weshalb Mortalität und Morbidität mit zunehmendem sozialem Status abnehmen, lassen sich nach Siegrist (2005: 182) die vier folgenden Erklärungsansätze unterscheiden:

- Einfluss des medizinischen Versorgungssystems: Der Zugang und die Qualität des Gesundheitswesens ist nicht für alle Gesellschaftsmitglieder gleich offen bzw. gleich gut.
- Drift-Hypothese: Die Krankheit ist die Ursache eines sozialen Abstiegsprozesses. Nicht Armut macht krank, sondern Krankheiten führen zu Armut.
- Gesundheitsschädigendes Verhalten: Personen aus unterschiedlichen sozialen Lagen weisen ein unterschiedliches Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverhalten auf.
- Materielle und psychosoziale Belastungen im Lebenslauf: Der Zusammenhang zwischen Mortalitäts- bzw. Morbiditätsrisiko und sozialer Lage erklärt sich aus den unterschiedlichen Belastungen und Benachteiligungen, die sich aus den “schichtspezifischen” Arbeits-, Wohn- und Lebensbedingungen ergeben.

Obwohl sich für alle vier Erklärungsansätze empirische Evidenzen finden lassen, kommt der dritten und der vierten Hypothese die grösste Erklärungskraft zu (Siegrist 2005: 182, Mielck 2000).

Für die nähere Erläuterung des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit soll auf ein Erklärungsmodell von Lamprecht und Stamm zurück gegriffen werden (vgl. König et al. 2005; Lamprecht und Stamm 1994; Lamprecht und Stamm 1999). Das in Abbildung 2-6 dargestellte Strukturmodell gibt einen Überblick über die verschiedenen Ebenen, die bei der Erfassung und Erklärung von gesundheitlicher Ungleichheit beachtet werden müssen. Im Modell werden Erklärungsebenen unterschieden, von denen direkte wie auch kombinierte Effekte auf die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und den Gesundheitszustand ausgehen. Dabei wird deutlich, wie die allgemeinen Lebensbedingungen und die konkreten Lebenssituationen sowohl direkt als auch indirekt auf das Gesundheitsverhalten und auf den Gesundheitszustand wirken. Im Unterschied zum Modell von Lamprecht und Stamm wird hier auch die Drift-Hypothese – Krankheit führt zu Armut – im Modell berücksichtigt.

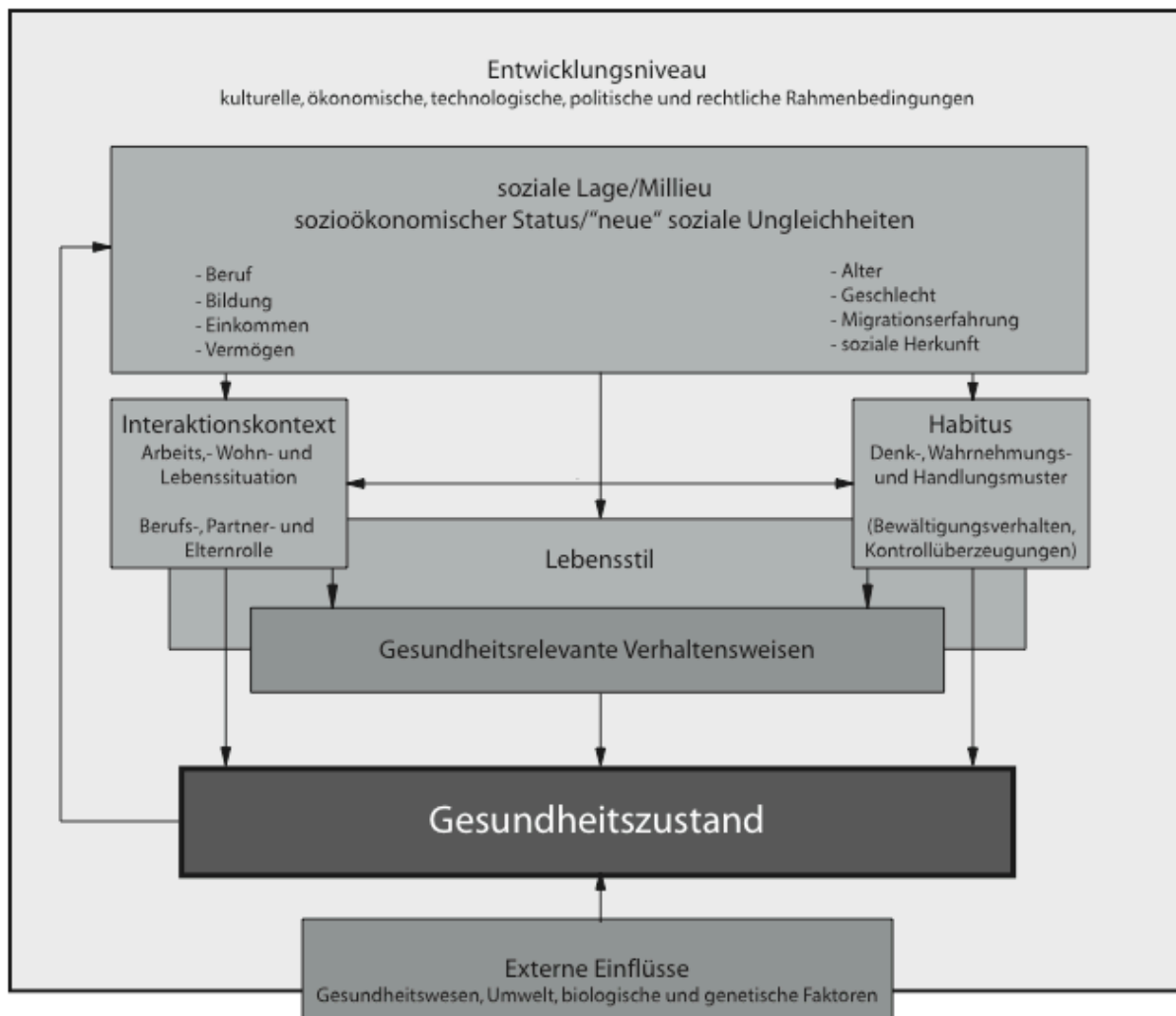
Das Entwicklungsniveau definiert sich aus den kulturellen, technologischen, politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen einer gegebenen Gesellschaft. Sie geben beispielsweise Auskunft über die medizinischen und hygienischen Möglichkeiten bzw. Bedingungen, die Altersverteilung einer Gesellschaft oder die Grundstruktur der Gesundheitsvorsorgung. Auf dieser Ebene

können auch allgemeine Vorstellungen und Werte bezüglich Gesundheit und Körper festgemacht werden.

Weltweit bestehen grosse Unterschiede bezüglich dieser allgemeinen Rahmenbedingungen, wie sie sich beispielsweise in den markanten Unterschieden bei der Säuglingssterblichkeit oder der Lebenserwartung zwischen hochentwickelten und Ländern der Dritten Welt zeigen. Sämtliche in Abbildung 2-6 dargestellten Beziehungen und Ebenen müssen zunächst vor dem Hintergrund dieser allgemeinen Rahmenbedingungen betrachtet werden.

Das allgemeine Entwicklungsniveau muss damit auch bei der Analyse der Ungleichheitsstruktur (die sozialen Lagen und Milieus) einbezogen werden. Die Ungleichheitsstruktur eines Landes der Dritten Welt liegt auf einem anderen Niveau und hat andere Konsequenzen als die Ungleichheit in einer hochentwickelten Gesellschaft wie diejenige der Schweiz. In den vergangenen 100 Jahren liess sich in der Schweiz ein markanter Anstieg des Wohlstandsniveaus feststellen (ein so genannter Fahrstuhleffekt), der das Ungleichheitsgefüge auf ein anderes Niveau verschob (vgl. Ausführungen in Kapitel 2.2.3). Personen in unteren sozialen Lagen sind nicht mehr von absoluter Armut (bzw. absoluter Deprivation), sondern von relativer Armut (bzw. relativer Deprivation) betroffen. Das heisst: Sie sind arm im Verhältnis zu den anderen Gesellschaftsmitgliedern und können sich vieles von dem, was als gesellschaftlich erstrebenswert gilt, nicht leisten.

Abbildung 2-5: Strukturmodell über die Einflussfaktoren des Gesundheitszustands



Erweiterte Darstellung nach Lamprecht, König und Stamm (2006:33).

In diesem Zusammenhang muss auch die Wilkinson-Hypothese gesehen werden (vgl. Wilkinson 1996, Kawachi et al. 1999), die besagt, dass die Mortalität in einer Gesellschaft stärker durch das Ausmass der (Einkommens-)Ungleichheit geprägt wird als durch den durchschnittlichen Wohlstand (d.h. das Entwicklungsniveau). Für Wilkinson ist die Gesundheit nicht im reichsten Land am besten, sondern in demjenigen mit der grössten Verteilungsgerechtigkeit. Die zwar nicht ganz unumstrittene, gesundheitspolitisch aber überaus bedeutsame These gilt allerdings nur im Vergleich zwischen hoch entwickelten Ländern (d.h. ab einem bestimmten Entwicklungsniveau).

Unbestritten bleibt, dass die soziale Lage und das soziale Milieu die allgemeinen Lebensbedingungen bestimmen und die individuellen und gruppenspezifischen Lebenschancen beeinflussen. Sie legen einen objektiven Handlungsspielraum fest, welcher die konkreten Handlungsmöglichkeiten von Individuen bestimmt. Zu den zentralen Determinanten von sozialer Lage und Milieu

gehören die („klassischen“ oder „vertikalen“) Ungleichheitsdimensionen Bildung, Beruf, Einkommen und Vermögen.²² Gleichzeitig müssen zur Bestimmung von sozialer Lage und Milieu aber (vermehrt) auch die „neuen“ oder „horizontalen“ Ungleichheiten wie Alter, Geschlecht oder Migrationserfahrung einbezogen werden. Die verschiedenen Ungleichheitsdeterminanten haben sowohl einen direkten Einfluss auf die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und den Gesundheitszustand als auch vermittelt über die konkrete Lebenssituation und den Habitus.

Der Begriff Habitus bezieht sich in Anlehnung an die Arbeiten von Pierre Bourdieu (1987) auf die subjektiven Denk-, Wahrnehmungs- und Handlungsdispositionen, die von der sozialen Lage und dem Milieu mitgeprägt sind. Auch das unterschiedliche Bewältigungsverhalten oder die Kontrollüberzeugungen können im Zusammenhang mit dem Habitus einer Person thematisiert werden. Während der Habitus die individuellen, über Sozialisationsprozesse aber eben auch strukturell geprägten Handlungsorientierungen und -strategien thematisiert, umfasst der Interaktionskontext die konkreten Arbeits- und Wohnbedingungen sowie die kleinräumigen Beziehungsnetze. Auf dieser Ebene zeigen sich z.B. die unterschiedlichen Arbeitsbelastungen (der Stress, der Lärm, die Luftqualität etc.), denen man ausgesetzt ist, oder die Wohnqualität (Lage, Grösse, Ausstattung), über die man verfügt.

Die konkrete Lebenssituation ist zwar geprägt von der sozialen Lage und dem sozialen Milieu, von diesen aufgespannten Möglichkeitsräumen können aber auch individuell gestaltet und modifiziert werden. Das heisst, auch ein gut verdienender Akademiker kann sich gegen die geräumige Eigentumswohnung mit Seesicht und für die kleine Stadtwohnung an der viel befahrenen Durchgangsstrasse entscheiden, weil er die Ausgahmöglichkeiten im Quartier schätzt und ohnehin selten zu Hause ist. Der angelernte Bauarbeiter hat bezüglich Wohnsituation dagegen weniger Handlungsraum. Er wählt nicht zwischen Eigentumswohnung mit Seesicht und kleiner Stadtwohnung an der Durchgangsstrasse, sondern beispielsweise zwischen Wohnsilo am Stadtrand und kleiner Stadtwohnung an der Durchgangsstrasse.

Die mehr oder weniger bewussten Entscheidungen in einem mehr oder weniger grossen Möglichkeitsraum verdichten sich schliesslich zu einem bestimmten Lebensstil. In der konkreten Lebenssituation und dem Habitus setzen sich also nicht nur der Einfluss der sozialen Lagen und des sozialen Milieus fort, die Lebenssituation und der Habitus üben auch einen unabhängigen Einfluss auf die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und den Gesundheitszustand aus. Und auch auf der Ebene der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen (unter die sowohl das eigentliche Gesundheitshandeln wie auch die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen fallen) gibt es selbstverständlich Entscheidungsmöglichkeiten. Man hat durchaus auch die Wahl, inwieweit man rauchen, häufig Alkohol konsumieren oder sich fettreich ernähren will. Neben einer gewissen Unabhängigkeit sind diese Verhaltensweisen aber auch Ausdruck bestimmter Lebens- und Arbeitssituationen und der damit verbundenen sozialen Rollen sowie Bestandteile eingeübter und

angelernter Wahrnehmungs- und Handlungsmuster, die ihrerseits in Zusammenhang mit der sozialen Lage und dem Milieu stehen.¹⁸

Vor diesem Hintergrund muss also festgehalten werden, dass das vorgeschlagene Erklärungsmodell auf die strukturelle Prägung von Gesundheit fokussiert ist und keineswegs deterministisch verstanden werden darf. Biologische und ökologische (d.h. externe) Einflussfaktoren – wie beispielsweise die Konstitution – bleiben unberücksichtigt, da sie für die Frage nach der gesundheitlichen Ungleichheit nicht von Belang sind. Im Modell sind auch nur die wichtigsten Einflussfaktoren und Beziehungen eingezeichnet. So gibt es zweifellos auch einen Rückkopplungseffekt vom Gesundheitszustand auf die soziale Lage, da gesundheitliche Probleme auch zu einem sozialen Abstieg führen können. Gesamthaft ist der Effekt “Krankheit macht arm” aber weniger bedeutsam als der Effekt “Armut macht krank” (vgl. auch Mielck 2000: 363).

¹⁸ Vgl. dazu die Ergebnisse von Mackenbach (1994), der jeweils eine eindeutige Beziehung zwischen dem sozioökonomischen Status und den verschiedenen Formen des Gesundheitsverhaltens sowie den unterschiedlichen Umweltbedingungen nachweisen konnte.

3 ANSÄTZE, MODELLE UND THEORIEN

Die Erfahrung, dass Ärmere früher sterben als Reichere und Krankheiten sozial ungleich verteilt sind, wird seit Jahrhunderten gemacht. Bereits 1830 findet Benoiston de Chateauneuf in seiner empirischen Studie für Frankreich deutliche Unterschiede in der Sterblichkeit nach dem Grad des Wohlstandes der Personen. Er bestätigt dabei die Aussage von Villermé: „A aucune époque de la vie, amis surtout dans l'enfance et dans la vieillesse, le riche ne meurt autant que le pauvre“ (Benoiston de Chateauneuf 1830: 5). Ende 19. Jahrhundert veröffentlicht Virchow verschiedene Studien über die Situation in Deutschland und zu Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts erscheint bereits ein beinahe 900 Seiten umfassender Sammelband mit dem Titel „Krankheit und soziale Lage“ (Mosse und Tugendreich 1913), dessen Beiträge sich mit dem Stand der Forschung in Deutschland beschäftigen. Dabei werden neben der Beschreibung der Ungleichheitsstrukturen auch ganz im Sinne von „Public Health“ Vorschläge ausgearbeitet, bezüglich Massnahmen gegen die systematisch sozial ungleiche Verteilung von guter und schlechter Gesundheit.

Vergleicht man diese, allesamt bereits vor dem ersten Weltkrieg entstandenen Ergebnisse mit der aktuellen Forschung, so stellt man fest, dass sich die aktuellen Erklärungsansätze häufig nicht wesentlich von jenen 1913 unterscheiden (Power und Kuh 2006). Heute noch werden häufig Korrelationen mit rein deskriptivem Charakter publiziert, wie z.B. die Assoziation zwischen Schuh- oder Körpergrösse und Morbidität oder Mortalität (Geyer 1997). Aussagen dieser Art tragen wenig zur Erhellung des offenkundigen Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und der Wahrscheinlichkeit zu erkranken oder zu sterben bei.

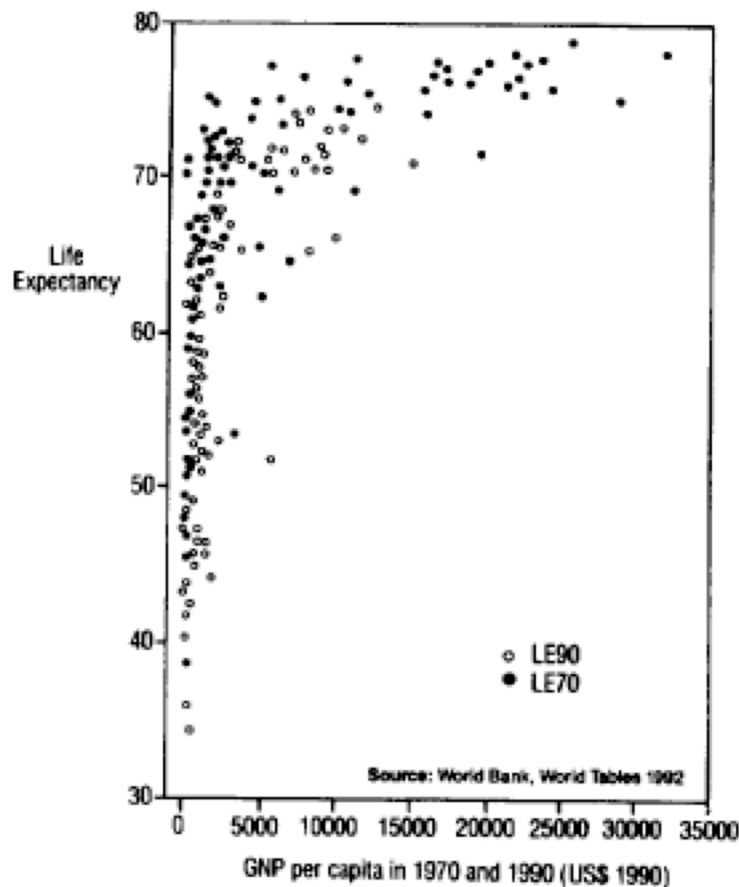
Deshalb wird im ersten und zweiten Teil des folgenden Kapitels ein Überblick über die zentralen Erklärungsmuster, die den Nexus zwischen sozialer Lage und Gesundheit zu erklären versuchen, geboten. Im dritten Teil werden mit der Rollentheorie und Bornschiers Zentrums-Peripherie Modell zwei klassische Ansätze der Soziologie der Diskussion beigelegt, anhand derer die gesundheitliche Ungleichheit strukturell verortet werden soll. Im vierten Teil werden durch die Verknüpfung der verschiedenen Ansätze Hypothesen abgeleitet, die in der Folge anhand der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung überprüft werden (vergleiche Kapitel 6).

3.1 Ungleichheit macht krank: die relative Einkommenshypothese

Der folgende Abschnitt widmet sich der *relativen Einkommenshypothese*. Dieser Ansatz basiert auf der Annahme, dass nicht (nur) der absolute Wohlstand, sondern (auch) die *Verteilung* des Wohlstands in einer Gesellschaft für die Mortalität und Morbidität bestimmend ist. Mit anderen Worten ausgedrückt, kommt es weniger auf die absolute Grösse des Kuchens an, sondern es spielt primär eine Rolle, wie der Kuchen verteilt wird. Der Kuchen muss zwar eine gewisse Mindestgrösse haben, damit alle von ihrem Stück satt werden können, diese Mindestgrösse wird je-

doch wie Abbildung 3-1 zeigt, bereits mit einem Bruttosozialprodukt von etwa 5'000 USD pro Kopf erreicht. Danach bricht der lineare Zusammenhang zwischen Wohlstand und Mortalität jäh ab. Eine weitere Vergrößerung des Kuchens vermag also die Lebenserwartung nicht mehr wesentlich zu steigern.

Abbildung 3-1: Zusammenhang zwischen Lebenserwartung bei Geburt (Frauen und Männer) und Bruttosozialprodukt pro Kopf, 1970 und 1990



Quelle: Wilkinson (1994: 62).

Die relative Einkommenshypothese im Ländervergleich

Es ist bemerkenswert, dass die Vereinigten Staaten – eines der reichsten Länder der Welt – bezüglich der durchschnittlichen Lebenserwartung hinter Ländern wie Zypern (14), Griechenland (16), Costa Rica (33), Kuba (24) und Portugal (35) nur an 37. Stelle rangieren (WHO 2007). Eine ganze Reihe ländervergleichender Studien bestätigen den Zusammenhang zwischen Einkommensungleichheit und Gesundheit (Flegg 1982; LeGrand 1987; Rodgers 1979; Waldmann 1992; Wilkinson 1986; Wilkinson 1994; Wilkinson 1999; Wilkinson und Pickett 2006). Rodgers (1979) war einer der Ersten, der sich anhand Daten für 56 reiche und arme Länder mit dem Zusammenhang zwischen Einkommensverteilung (gemessen anhand des Gini Koeffizienten) und Gesundheit

(gemessen als Lebenserwartung bei Geburt, im Alter von 5 Jahren sowie als Kindersterblichkeit) auseinandersetzt. Sowohl das Bruttosozialprodukt pro Kopf als auch die Einkommensverteilung erweisen sich als stark signifikante Prädiktoren für die Lebenserwartung bei Geburt. Zusammen erklären sie 77% der Länderunterschiede. Bei den Regressionen mit Lebenserwartung im Alter von 5 Jahren und Kindersterblichkeit als abhängige Variable ist die Erklärungskraft des Modells etwas geringer und nur noch die Einkommensverteilung erweist sich als signifikant. Rodgers schätzt die Differenz der Lebenserwartung in Ländern mit grosser im Vergleich zu Ländern mit geringer Einkommensungleichheit auf fünf bis zehn Jahre.

In den folgenden Jahrzehnten erhärtet sich der von Rodgers gefundene Zusammenhang, insbesondere Richard Wilkinson publiziert eine Vielzahl von Studien und verhilft dadurch der so genannten *relativen Einkommenshypothese* zu einem beträchtlichen Bekanntheitsgrad (vgl. etwa Wilkinson 1986; Wilkinson 1992; Wilkinson 1994; Wilkinson 1999; Wilkinson 2005; Wilkinson und Pickett 2006). In einem Ländervergleich mit Daten für elf OECD-Länder findet Wilkinson einen starken und auf höchstem Niveau signifikanten Effekt ($r = -0.81$; $p < 0.0001$) von Einkommensungleichheit¹⁹ auf Lebenserwartung (Wilkinson 1986). Ähnlich fielen auch die Resultate einer späteren Studie aus (Wilkinson 1992). Für neun OECD-Länder findet Wilkinson einen ebenso hohen und signifikanten Zusammenhang ($r = -0.86$; $p < 0.001$) zwischen Lebenserwartung und dem Einkommensanteil der 70% „ärmeren“ Bevölkerung. Einkommensungleichheit und Bruttosozialprodukt pro Kopf können auch hier – wie schon in der Studie von Rodgers (1979) – etwa dreiviertel der Varianz erklären, während das Bruttosozialprodukt pro Kopf allein weniger als 10% der Differenzen in der Lebenserwartung zu erklären vermag. Diese Studien weisen deutlich auf den Umstand hin, dass die Einkommensverteilung – und nicht wie häufig behauptet der absolute Wohlstand oder das Wirtschaftswachstum – die allgemeine Gesundheit am stärksten beeinflusst.

Die relative Einkommenshypothese auf nationaler Ebene

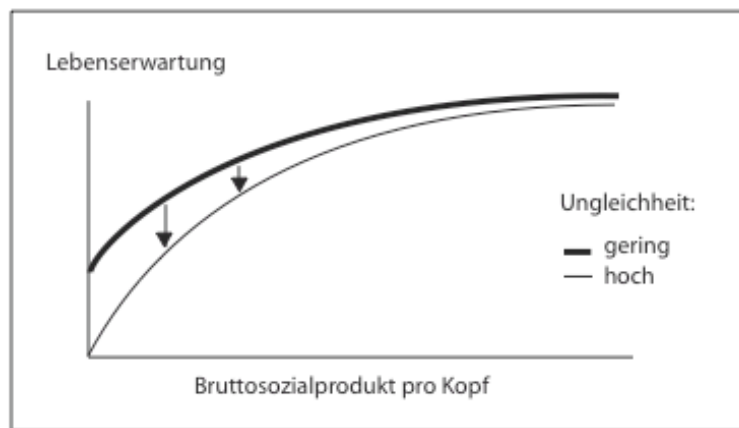
Verschiedene Studien für die USA belegen, dass der Nexus zwischen Einkommensungleichheit und Gesundheit nicht nur zwischen, sondern auch in den Ländern selber besteht (Kaplan et al. 1996; Kennedy, Kawachi und Prothrow-Stith 1996). Anstelle der Lebenserwartung verwendeten diese beiden Studien die jährliche Sterberate als Indikator für Gesundheit. Kaplan et al. (1996) verwenden als Ungleichheitsmass den Anteil der Einkommen der ärmeren Hälfte der Bevölkerung am Gesamteinkommen. Dieser Anteil liegt in den USA zwischen 17.5% in Louisiana, dem Staat mit der grössten Einkommensungleichheit und 23.6% in New Hampshire. Die Autoren belegen auch hier einen starken und signifikanten Zusammenhang ($r = -.62$, $p < 0.001$) zwischen Einkommensungleichheit und der Todesrate und zwar sowohl unter Frauen und Männern als auch unter Weissen und Afroamerikanern.

¹⁹ Gini-Koeffizient gebildet aus Haushaltsäquivalenzeinkommen nach Steuer.

Die gleichzeitig publizierte Studie von Kennedy et al. (1996) betrachtet ebenfalls Differenzen zwischen den verschiedenen Amerikanischen Bundesstaaten. Diese Autoren verwenden als Indikator für die Einkommensungleichheit den so genannten Robin Hood Index²⁰. Dieser Index ist ein Mass für den Anteil des Gesamteinkommens, der umverteilt werden müsste, um Einkommensgleichheit zu schaffen. Dieser Index korreliert in allen Staaten stark mit den jeweiligen Sterberaten. Dabei hängt nicht nur die absolute Sterbeziffer mit der Einkommensungleichheit zusammen, sie hat auch einen direkten Effekt auf diverse Todesursachen wie Herzinfarkt, Krebs, Mord oder Kindersterblichkeit. Einkommensungleichheit und Armut vermögen gemeinsam einen Viertel der Varianz der allgemeinen Sterberaten in den verschiedenen Amerikanischen Bundesstaaten und sogar mehr als die Hälfte der Varianz der Mordraten erklären. Dieser Zusammenhang bleibt bestehen, wenn für Stadt/Land-Unterschiede und Rauchen als Indikator für gesundheitsschädigendes Verhalten kontrolliert wird. Aus den Regressionen lässt sich ableiten, dass sich mit jedem zusätzlichen Prozent des Robin Hood Index die jährliche Sterberate um 22 Todesfälle auf 100'000 Personen erhöht. Angenommen der Zusammenhang verhält sich wie Kennedy et al. postulieren, dann bedeutet dies, dass sich jede, auch noch so geringe Reduktion der Einkommensungleichheit positiv auf die Volksgesundheit auswirkt. Die Autoren schätzen, würde die Ungleichheit der Vereinigten Staaten auf das Niveau von Grossbritannien gesenkt, reduzierte sich die allgemeine Sterberate um 7% und die Herzinfarktquote sogar um 25%. Zu ähnlichen Schlussfolgerungen kommen auch Ben-Sholmo et al. (1996) in ihrer Studie über den Zusammenhang zwischen relativer Deprivation und Sterberaten in 369 Britischen Gemeinden. Alle diese Studien kommen zum selben Schluss: Die Einkommensungleichheit verschiebt die Einkommens/Lebenserwartungskurve. Daraus lässt sich folgern, dass die gesamte Bevölkerung mit Ausnahme der super Reichen von einer Reduzierung der Einkommensungleichheit durch mehr Umverteilung profitieren würde (vgl. Abbildung 3-2). Dies bedeutet zudem, dass die Gesundheit eines Individuums nicht nur von seinem persönlichen Einkommen, sondern auch vom Grad der in der Gesellschaft bestehenden Ungleichheit abhängt. Auf dieser Erkenntnis basiert die relative Einkommenshypothese.

²⁰ Der Robin Hood Index ist auch bekannt unter dem Namen Hoover Index.

Abbildung 3-2: Effekt der Einkommensungleichheit auf Lebenserwartung und Bruttosozialprodukt pro Kopf



Eigene Darstellung nach Kawachi et al. 1999 (: XVI)

Die empirischen Befunde sprechen also eine klare Sprache²¹, offen ist jedoch noch die Frage nach den hier zugrunde liegenden sozialen Mechanismen. Der folgende Abschnitt wendet sich dieser Frage zu.

3.1.1 Liberté, Egalité, Fraternité: Die relative Einkommenshypothese theoretisch erklärt

Der Zusammenhang zwischen Einkommensungleichheit und Gesundheit erweist sich empirisch als robust. Doch was für Mechanismen sind dafür verantwortlich, dass die Einkommensverteilung in einer Gesellschaft die Gesundheit eines einzelnen Individuums zu beeinflussen vermag? Auf der Suche nach diesen Mechanismen dreht sich die Diskussion oft um die Frage, ob primär das absolute oder aber das relative Einkommen die Gesundheit einer Person prägt.

²¹ Selbstverständlich gibt es auch eine Reihe kritischer Stimmen, die behaupten, (a) die relative Einkommenshypothese basiere auf einem ökologischen Fehlschluss und sei somit ein statistisches Artefakt Fiscella, K, and P Franks. 1997. "Poverty of income inequality as predictor of mortality: longitudinal cohort study." *British Medical Journal* 314:1724-1728, Gravelle, H. 1998. "How much of the relation between population mortality and unequal distribution of income is a statistical artefact?" *British Medical Journal* 316:382-385. oder (b) die empirische Evidenz habe methodologische Schwächen Judge, K. 1995. "Income distribution and life expectancy: a critical appraisal." *British Medical Journal* 312:999-1003, Saunders, P. 1996. "Poverty, Income Distribution and Health: An Australian Study." in *SPRC Reports and Proceedings No. 128*. . Sydney: Social Policy Research Center, University of New South Wales. Diese Kritikpunkte wurden allerdings weitgehend widerlegt, weshalb an dieser Stelle nicht weiter auf sie eingegangen werden soll.

Tatsächlich finden sich in den einzelnen Ländern mitunter beträchtliche Zusammenhänge zwischen Gesundheit und sozialer Lage. Wird jedoch der Einfluss des absoluten Einkommens und des absoluten Lebensstandards auf das allgemeine Wohlbefinden betrachtet, würde man in der entwickelten Welt eigentlich einen deutlich stärkeren Zusammenhang mit Wohlbefinden erwarten. Erstens hat sich der Nexus zwischen dem Bruttosozialprodukt pro Kopf und Gesundheit in reichen Ländern als äusserst schwach erwiesen (vgl. Abbildung 3-1) und zweitens verschwindet in der Studie für die 50 US-Bundesstaaten der ohnehin schwache Zusammenhang zwischen durchschnittlichem Einkommen und Mortalität vollends, wenn für Einkommensungleichheit in den Staaten kontrolliert wird (Kaplan et al. 1996; Wilkinson 1997).

Die Diskrepanz zwischen dem markanten Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheit in einem Land und der schwachen Beziehung zwischen den Ländern lässt vermuten, dass auf der Individualebene das persönliche Einkommen *relativ* zum Einkommen Anderer der hier bestimmende Faktor ist.

Alexis de Tocqueville: Die Qualität der sozialen Beziehungen

Alexis de Tocqueville war einer der ersten, der die Vorzüge geringer sozialer Ungleichheit für die allgemeine Lebensqualität in einem Land erkannt hat. In *De la démocratie en Amérique* wo er über seine Amerikareise von 1831 schreibt, geht er davon aus, dass die bemerkenswerte Qualität des sozialen Zusammenlebens mit der damals unter den weissen US-Amerikanern bestehenden sozialen Gleichheit zusammenhängt:

Among the now objects that attracted my attention during my stay in the United States, none struck me with greater force than the equality of conditions. I easily perceived the enormous influence that this primary fact exercises on the working of the society. It gives a particular direction to the public mind, a particular turn in laws, new maxims to those who govern, and particular habits to the governed.

I soon recognized that this same fact extends its influence far beyond political mores and laws, and that its empire expands over civil society as well as government: it creates opinions, gives rise to sentiments, inspires customs, and modifies everything that it does not produce.

In this way, then, as I studied American society, I saw more and more in the equality of conditions, the generative fact from which each particular fact seems to flow, and I kept finding that fact before me again and again and again as a central point to which all of my observations were leading. (Tocqueville 2000: 1).

Die katastrophale Situation der Sklaven ist Tocqueville bei seiner Reise ebenfalls nicht entgangen. Er erwähnt, Sklaven „experience horrible miseries and are constantly exposed to extremely cruel punishment.“ Dies versteht er als Bestätigung seiner Annahme, dass sozialer Gleichheit eine zentrale Rolle bei der Ausbildung von Sozialkapital zukommt:

It is easy to see that the lot of these unfortunates inspires little pity in their masters and that they see in slavery not only a state of affairs from which they profit, but also an evil that scarcely touches them. In this way, the same man who is full of humanity for his fellow men when they are at the same time his equals becomes insensitive to their sufferings the moment the equality ceases. (Tocqueville 2000: 251).

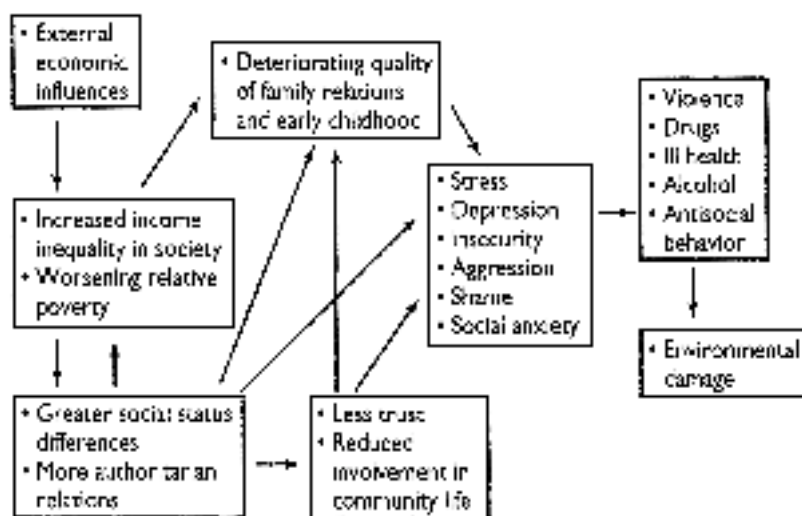
Richard Wilkinson

Der gegenwärtig prominenteste Vertreter und auch eigentliche Begründer der relativen Einkommenshypothese ist Richard Wilkinson. Wilkinson beschäftigt sich seit Jahrzehnten mit dem Zusammenhang zwischen der relativen Position einer Person im Sozialgefüge und seiner Lebenserwartung und Gesundheit allgemein. Aus den diversen Erkenntnissen hat er die *relative Einkommenshypothese* abgeleitet mit der Erkenntnis: *soziale Ungleichheit macht krank*. Seine Argumentation fusst auf der Grundannahme, dass Menschen – wie alle Lebewesen – mit dem fundamentalen Problem knapper Ressourcen konfrontiert sind. Alle Mitglieder derselben Spezies haben weitgehend die gleichen Bedürfnisse, was zu einem erbitterten Verteilungskampf um die knappen, jedoch überlebenswichtigen Güter führen kann (siehe auch Bornschieer 2005). Laut Wilkinson gibt es zwei gegensätzliche Strategien im Umgang mit diesem latent stets vorhandenen Konflikt. Die eine Extremstrategie basiert auf Macht und Zwang: Der Löwenanteil der Ressourcen geht an die Machthaber. In so geprägten Gesellschaften orientieren sich die sozialen Beziehungen nach der Position im jeweiligen Machtgefüge. Die Komplementärstrategie baut auf Gleichheit, Gerechtigkeit und Anerkennung der gegenseitigen Bedürfnisse: Die Güter werden möglichst gerecht verteilt. Dieser, auf Reziprozität, Tauschen und Teilen basierende Umgang mit knappen Ressourcen wurde bereits bei den Jägern und Sammlern gelebt und wir sind nach Wilkinson heute noch von dieser uralten Erfahrung geprägt (Wilkinson 2005: 22).

Anhand der effektiv vorhandenen sozialen Ungleichheit in einer Gesellschaft kann nun gemessen werden, wo zwischen den beiden skizzierten Extrempolen sich die Gesellschaft verorten lässt – ob sie sich eher durch Gleichheit und Gerechtigkeit oder aber durch Macht und Gewalt auszeichnet. Für die verschiedenen Formen des sozialen Zusammenlebens (*social relations*) haben sich entsprechende Verhaltensmuster entwickelt. Bei Herrschaftsverhältnissen (*dominance relationships*), wo jeder jeden als Rivalen erlebt und eine ausgebildete Hackordnung existiert, wird mit allen Mitteln versucht, auf der sozialen Hierarchie nach weiter oben zu gelangen. Bei freundschaftlichen, auf Gleichheit basierenden Beziehungsverhältnissen, wo grundsätzlich mit Hilfe und Unterstützung gerechnet werden kann, sind die Mitmenschen Ressourcen und vermitteln das Gefühl von Sicherheit. Der Umstand, dass die adäquaten Handlungsstrategien in verschiedenen sozialen Kontexten derart unterschiedlich sein können, hat im Laufe der Zeit dazu geführt, dass Menschen sehr sensibel auf soziale Verhältnisse reagieren und sich jeweils intuitiv der Situation entsprechend verhalten: Schüchtern bis ängstlich in der Gegenwart von Ranghöheren sowie entspannt und sorgenfrei unter Freunden.

Wilkinson belegt anhand von empirischen Untersuchungen, dass die Balance zwischen diesen verschiedenen Strategien im Umgang mit knappen Ressourcen vom Grad der bestehenden sozialen Ungleichheit der sozialen Umwelt abhängt. Je grösser die Ungleichheit, desto eher verhalten sich die Menschen asozial, sind gestresster und weniger hilfsbereit. Dies führt zu mehr Kriminalität, abweichendem Verhalten allgemein und schwachen sozialen Beziehungen, was sich letztlich negativ auf die allgemeine Gesundheit auswirkt. Umgekehrt zeichnen sich Gesellschaften mit geringer sozialer Ungleichheit dank Gleichheit und gegenseitiger Unterstützung durch starke soziale Netze, vergleichsweise tiefe Kriminalitätsraten und gute Integration aller Personengruppen in die Gesellschaft aus, was die Volksgesundheit positiv beeinflusst²². Die genaue Wirkungsweise der durch materielle Ungleichheit ausgelösten sozialen Prozesse versucht Wilkinson anhand eines Modells (vgl. Abbildung 3) zu illustrieren. Das Modell basiert auf Kausalbeziehungen, was bedeutet der Grad an materieller Ungleichheit (Kasten oben links) beeinflusst diverse Prozesse und prägt so letztlich die psychische und physische Gesundheit sowie gesundheitsschädigendes Verhalten (Kasten rechts).

Abbildung 3-3: Der Effekt von Einkommensungleichheit auf Wohlbefinden



Quelle: Wilkinson (2005: 23).

²² Lustige Nebenbemerkung: Das Ausmass an dominanten Hierarchien und die davon abhängigen Handlungsstrategien haben nach Wilkinson auch einen starken Einfluss darauf, wer als sexuell attraktiv gilt sowie auf das Paarungsverhalten im Allgemeinen. Wilkinson bezieht sich dabei auf Beobachtungen bei Pavianen (Wilkinson, Richard G. 2005. *The Impact of Inequality. How to Make Sick Societies Healthier*. New York: The New Press.).

Einkommensungleichheit und Verfügbarkeit gesundheitsrelevanter Ressourcen

Niemand bezweifelt, dass die Verfügbarkeit gesundheitsrelevanter Ressourcen wie Zugang zum Gesundheitswesen aber auch zu Bildung oder qualitativ guten Wohnungen die Gesundheit prägt. Nach der *absoluten Einkommenshypothese* gilt, je geringer Einkommen, desto beschränkter ist der Zugang zu Wohnungen mit hoher Lebensqualität und – dies gilt insbesondere für die USA – zu medizinischer Versorgung und Bildung. Dieser Zusammenhang ist plausibel und auch empirisch breit abgestützt. Wie aber hängen soziale Ungleichheit und Zugang zu gesundheitsrelevanten Ressourcen zusammen? Krugman (1996: 48) beschreibt dies sehr anschaulich:

A family at the 95th percentile pays a lot more in taxes than a family in the 50th, but it does not receive a corresponding higher benefit from public services, such as education. The greater the income gap, the greater the disparity in interests. This translates, because of the clout of the elite, into a constant pressure for lower taxes and reduced public services.

Die Aussage "Wenn sie kein Brot haben, dann sollen sie Brioche essen" mit der Marie Antoinette auf die Leiden der Bauern reagiert haben soll²³, ist ein weiteres bildhaftes Beispiel für das Problem zu grosser sozialer Distanzen. Wenn sich die Schere zwischen Armen und Reichen öffnet, divergieren auch ihre Interessen und die verschiedenen sozialen Gruppen fühlen sich einander fremd. Hat dies zur Folge, dass die öffentlichen Ausgaben für das Gemeinwohl reduziert werden, so haben insbesondere die unteren sozialen Schichten darunter zu leiden, die auf die öffentlichen Institutionen angewiesen sind und sich Privatschulen und -kliniken nicht leisten können. Kaplan et al. (1996) finden in den verschiedenen Bundesstaaten der USA einen deutlichen Zusammenhang zwischen Einkommensungleichheit und Investitionen in das Bildungssystem und auch der Qualität der öffentlichen Bildungsinstitutionen. Bildung ist jedoch eine der bedeutvollsten Ressourcen für den Erhalt einer guten Gesundheit und prägt vermittelt über den Lebensstil auch das Gesundheitsverhalten (Stamm und Lamprecht (2007 im Druck)).

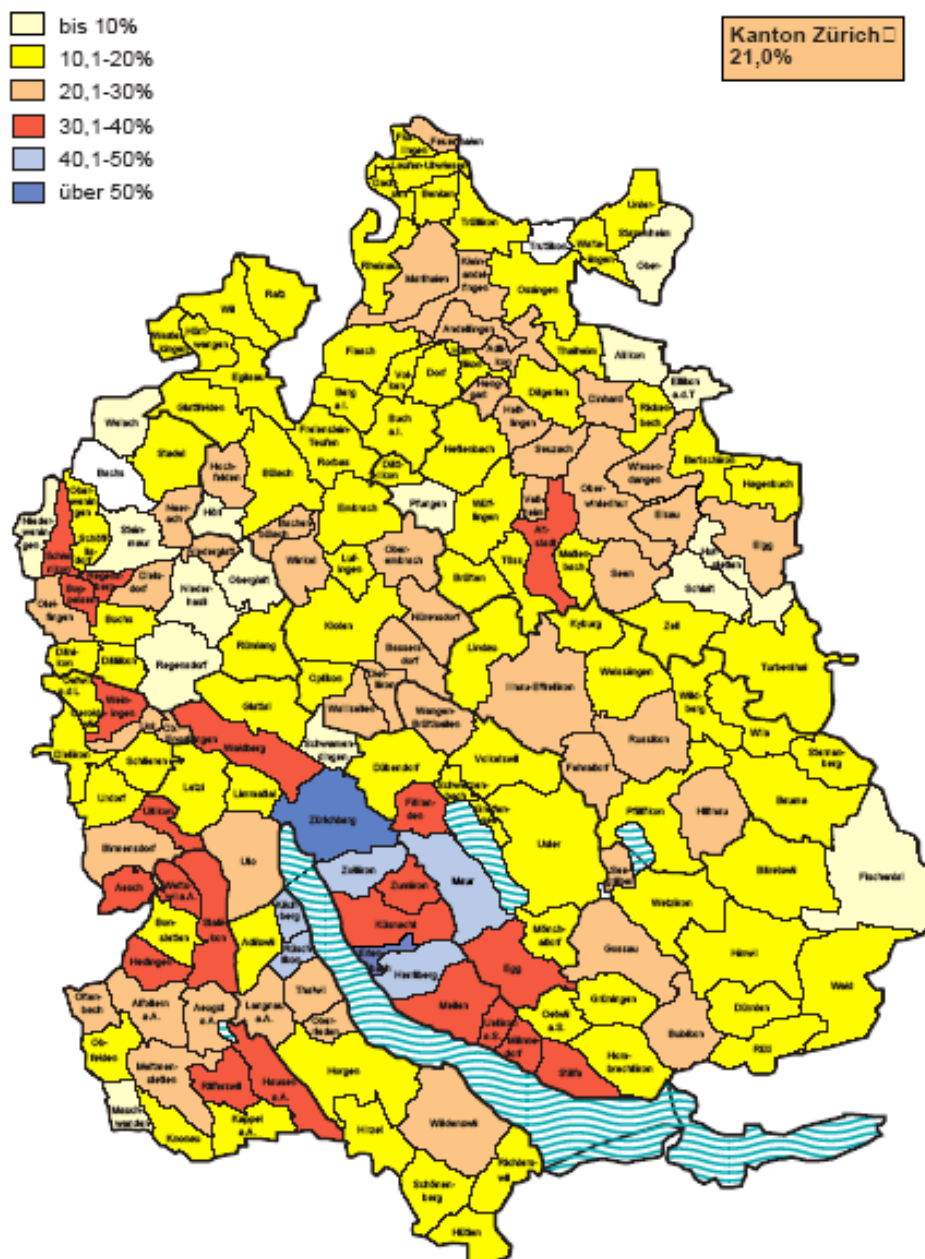
Eine weitere Konsequenz der sich öffnenden Einkommensschere ist die Segregation in Stadtkreise und Gemeinden mit reichen und armen Haushalten. Dieser Prozess ist bekannt aus den Vereinigten Staaten, er kann jedoch auch in Europa²⁴ und in der Schweiz beobachtet werden. Dies führt unter anderem dazu, dass die Schulen reicher Gemeinden einerseits von höheren Steuereinkünften profitieren und gleichzeitig mit weniger Schwierigkeiten durch Kinder schlecht integrierter Familien mit Migrationshintergrund konfrontiert sind. Die Konsequenz daraus kann

²³ Dieser Ausspruch stammt nachweislich nicht von Marie Antoinette. Er wurde von Jean-Jacques Rousseau bereits einige Jahre vor Marie Antoinettes Thronbesteigung 1774 erfunden und 1766 zitiert Haslip, Joan. 2005. *Marie Antoinette. Ein tragisches Leben in stürmischen Zeiten*. München: Piper..

²⁴ Ein aktuelles Beispiel ist Frankreich: Hier hat die Segregation zu einer regelrechten Gettoisierung in den Banlieus geführt. Die damit entstandenen grossen sozialen Spannungen entladen sich zurzeit wiederholt in Form äusserst gewalttätiger Proteste.

beispielsweise in den markanten Unterschieden der Mittelschulquoten in den verschiedenen Zürcher Gemeinden abgelesen werden (vgl. Abbildung 3-4). Diese schiefe Verteilung ist für die Gesundheit insofern problematisch, als dass eine aktuelle Studie für die Schweiz zum Schluss kommt, dass Studienabgänger länger leben: Je höher jemand gebildet ist, desto weniger oft erliegt er einem Herzversagen oder einem Schlaganfall. Der positive Effekt von mehr Bildung auf Gesundheit ist bei den Frauen besonders stark. Bei Studienabgängerinnen sinkt im Vergleich zu Frauen mit Sekundarabschluss die Aussicht an Herztod zu sterben um 40% (Meyer 2007).

Abbildung 3-4 Mittelschulquoten im 10.-12. Schuljahr je Gemeinde 1999

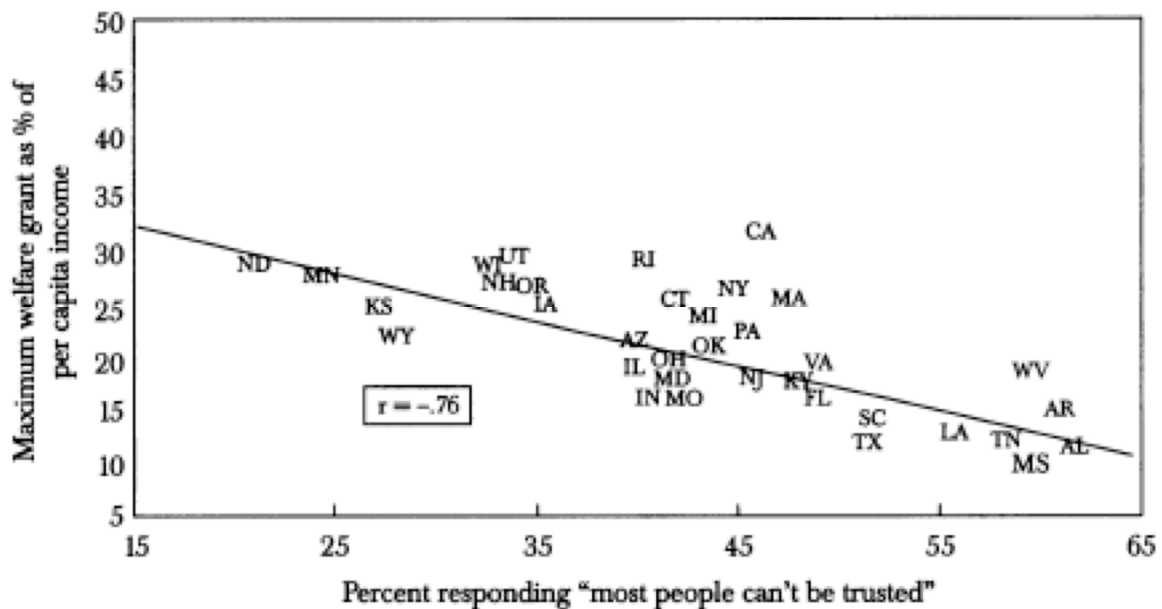


Quelle: Statistisches Amt des Kantons Zürich.

Die Prozentangaben beziehen sich auf die Primarschülerzahlen im 4.-6. Schuljahr aus dem Jahre 1993.

Verschiedene Studien weisen weiter auf Zusammenhänge zwischen Einkommensungleichheit und politischer Partizipation (Kawachi und Kennedy 1997a) sowie Effizienz politischer Institutionen (Putnam 1993) hin. Einkommensungleichheit korreliert zudem mit tiefem Niveau an generalisiertem Vertrauen (Kawachi und Kennedy 1997b), was wiederum mit wenig Vertrauen in Institutionen zusammen hängt (Brehm und Rahn 1997). Staaten mit schwach ausgebildetem generalisierten Vertrauen investieren weniger in die soziale Sicherheit und in wohlfahrtsstaatliche Auffangnetze für Sozialfälle. In den US-Staaten besteht beispielsweise ein stark negativer Zusammenhang ($r = -0.76$) zwischen der maximal ausbezahlten Sozialhilfe im Verhältnis zum Pro-Kopf-Einkommen und dem Anteil an Personen die der Meinung sind, die meisten Personen seien nicht vertrauenswürdig (vgl. Abbildung 3-5).

Abbildung 3-5: Zusammenhang zwischen maximaler Sozialhilfe* und generalisiertem Nicht-Vertrauen



Quelle: Kawachi und Kennedy (1999).

*Gemessen als Prozent des Pro-Kopf-Einkommens im entsprechenden Bundesstaat.

Staaten mit vergleichsweise tiefen Sozialausgaben stellen entsprechend auch weniger Infrastruktur für die sozial Schwachen zur Verfügung (Kawachi und Kennedy 1997a). Alle diese hier beschriebenen Prozesse tragen direkt oder indirekt dazu bei, dass in an sich reichen Ländern Personen mit einem relativ tiefen Einkommen schlechtere Chancen auf eine gute Gesundheit und ein langes, beschwerdefreies Leben haben.

Einkommensungleichheit und sozialer Zusammenhalt

Eine zweite Dimension von Prozessen die Einkommensungleichheit in ungleiche Gesundheitschancen umwandelt bezieht sich auf Konflikte zwischen (sozialen) Gruppen und Erosion des sozialen Zusammenhalts (Kawachi et al. 1997; Wilkinson 1996). Die Annahme dabei ist: Je grösser die Distanz zwischen Arm und Reich, desto stärker werden auch die sozialen Spannungen. Melvin Tumin macht sich bereits anfangs der 1950er Jahren Gedanken über die negativen Konsequenzen sozialer Schichtung.

To the extent that inequalities in social rewards cannot be made fully acceptable to the less privileged in a society, social stratification systems function to encourage hostility, suspicion and distrust among various segments of society and this to limit the possibilities of extensive social integration. (Tumin 1953: 393).

Wilkinson (1996; 2005) verweist auf zwei exemplarische Fallbeispiele²⁵ von Gesellschaften, die innert relativ kurzer Zeit grosse Veränderungen in der Einkommensungleichheit erlebt haben. Während sich zur Zeit der beiden Weltkriege die Einkommen in England stark angleichen, hat sich in den 1960er Jahren die Einkommensschere in Roseto im US-Bundesstaat Pennsylvania besonders stark geöffnet. Während sich im Fall von England zur Zeit der Kriege die Einkommen angleichen, wuchs gleichzeitig die Solidarität in der Bevölkerung und die Leute erlebten einen grossen sozialen Zusammenhalt was sich in einer drastischen Erhöhung der Lebenserwartung umsetzte. Umgekehrt verlief der Prozess in Roseto. Die ursprünglich sozial sehr homogene, stark vernetzte Gemeinde aus mehrheitlich italienischen Einwanderern erlebte in den 1960er Jahren grosse wirtschaftliche Veränderungen, welche die Distanz zwischen Arm und Reich vergrösserte. Das Resultat war der Zerfall des sozialen Zusammenhalts und eine starke Zunahme der ursprünglich bemerkenswert tiefen Herzinfarktquote.

Weitere Hinweise auf den starken Zusammenhang zwischen Einkommensungleichheit und den Grad des sozialen Netzwerks finden sich bei Putnam (1993: 224). In seiner Studie für Italien verweist er auf die hohe Korrelation ($r=0.81$) zwischen dem Grad an Einkommensungleichheit und sozialem Zusammenhalt und kommt zum selben Schluss wie schon Tocqueville vor mehr als 150 Jahren: „Equality is an essential feature of the civic community“ (S. 105). Weitere Konsequenzen dieses bemerkenswerten Zusammenhangs wurden in der Folge auch von Volker Bornschieer und Thomas Volken der Zürcherschule bearbeitet (Bornschieer 2001; Bornschieer und Volken 2005).

²⁵ Die Fallbeispiele stammen ursprünglich aus Bruhn und Wolf Bruhn, John G., and Stewart Wolf. 1979. The Roseto Story: An Anatomy of Health. Norman: University of Oklahoma Press.

Für die Gesundheit sind diese Evidenzen von grosser Bedeutung, als Sozialkapital²⁶ mit Mortalität zusammenhängt (Kawachi und Kennedy 1997a). Generalisiertes Vertrauen, Reziprozität und Vereinsmitgliedschaft korrelieren allesamt – unter Kontrolle von Durchschnittseinkommen und Armutsrate – hoch mit tiefer Mortalität ($r = -0.79, -0.71$ und -0.49).

Wie lassen sich diese Zusammenhänge theoretisch erklären? Als Gründe wird einerseits auf die Vorzüge sozialer Beziehungen und dichter sozialer Netze hingewiesen. Sie werden als Ressourcen gesehen, auf die zurückgegriffen werden kann um kollektive Ansprüche durchsetzen zu können wie beispielsweise garantierter Zugang zum Gesundheitswesen oder Rauchverbot in öffentlichen Gebäuden. Eine andere Erklärung ist, dass Gesellschaften mit starkem Zusammenhalt auch mehr soziale Kontrolle über ihre Mitglieder haben und sozial schwache, gefährdete und isolierte Personen eher wahrgenommen und integriert werden können. Weiter wird darauf hingewiesen, dass soziale Netze das Gesundheitsverhalten durch Verbreitung von gesundheitsrelevanten Informationen (Rodgers 1983) oder der höheren Wahrscheinlichkeit der Übernahme von gesundheitsfördernden Praktiken wie gemeinsames Joggen positiv beeinflussen. Verschiedene psychosoziale Erklärungsmuster werden zudem im folgendem Abschnitt genauer betrachtet.

Psychosoziale Erklärung des Effekts von sozialer Ungleichheit auf Gesundheit

Letztlich finden sich in der Literatur eine Reihe Erklärungsansätze auf psychosozialer Ebene. In diversen Studien kristallisieren sich etwa soziale Unterstützung, Hoffnungslosigkeit, Kohärenzgefühl, Kontrollglaube, Arbeitssicherheit und weitere als wichtige Prädiktoren für Gesundheit und Wohlbefinden heraus (Berkman 1995; Berkman und Kawachi 2000; Bosma et al. 1997; Everson et al. 1997; Ferrie et al. 1995; Marmot 2006; Meyer 2000: und viele andere mehr).

Ebenfalls viele Studien befassen sich mit den stark gesundheitsschädigenden biologischen Mechanismen, die durch chronischen Stress ausgelöst werden können (Brunner 1997; Lavallo 2005; Sapolsky 2004). Insbesondere das Immun- und Herz-Kreislaufsystem scheint unter chronischem Stress besonders zu leiden, der von vielen Autoren für den sozialen Gradienten in Gesundheit verantwortlich gemacht wird, denn Stress ist in der Gesellschaft ungleich verteilt (BFS 2004; Brunner 1997; Deutsch 1983; Domenighetti, D'Avanzo und Bisig 2000; House 1981; Karasek und Theorell 1990; Lamprecht, König und Stamm 2006; Siegrist et al. 1990). Der Zusammenhang zwischen chronischem Stress und Gesundheit konnte in Studien mit Kapuziner-Äffchen auf eindruckliche Weise beobachtet werden. Carol Shively und Mitarbeiter (Shively, Fontenot und Kaplan 1995; Shively, LaberLaird und Anton 1997; Shively et al. 2003; Shively und Wallace 1999; Willard und Shively 2007) haben den sozialen Status bei Gruppen von Äffchen manipuliert

²⁶ Sozialkapital wird gemessen als Anteil Personen, die angeben „most people can be trusted“ (generalisiertes Vertrauen), „people are helpful“ (Reziprozität) sowie per capita membership in voluntary associations of all kind (Vereinsmitgliedschaft) sind.

und konnten zeigen, dass tiefer sozialer Status mit hohem Cholesterinspiegel, verstärkter Arterienverkalkung, vermehrtem Übergewicht und vermehrten Anzeichen von Depressionen zusammenhängt. Durch das experimentelle, standardisierte Untersuchungsdesign (gleiche Ernährung, Lebensbedingung etc.) kann bewiesen werden, dass die gefundenen Effekte mit tiefem sozialen Status zusammen hängen. Zu denselben Ergebnissen kommt Brunner (1997) in seinen Untersuchungen mit Pavianen und auch Folgestudien unter menschlicher Bevölkerung finden die gleichen Zusammenhänge (Kristenson et al. 2004; Kristenson et al. 2001; Kristenson et al. 1998).

3.1.2 Relevanz und Fazit

Die relative Einkommenshypothese besagt, dass die Gesundheit einer Person nicht (nur) von seinem eigenen Einkommen abhängt, sondern (auch) von der Verteilung der Einkommen im Land, oder in der Gemeinde in dem die Person lebt. Auch Marmot kommt in diversen Studien zum Schluss, dass die relative Position einer Person im sozialen Gefüge – unabhängig von seinem absoluten Lebensstandard – einen direkten Zusammenhang mit seiner Lebenserwartung hat. Je höher der soziale Status, desto höher ist die Lebenserwartung (Marmot 2004; Marmot und Wilkinson 2006).

Die Beschäftigung mit der relativen Einkommenshypothese ist von zentraler Bedeutung, als dass sich das Vermögen in immer weniger Händen konzentriert. Im Zeitraum der hier verwendeten Gesundheitsbefragungen kontrollierten die 358 reichsten Privatpersonen der Welt ein Vermögen in der Grössenordnung wie die Summe der Jahreseinkommen der Länder, in denen 45% der Weltpopulation lebt. 1993 betrug der Anteil der Industrienationen an der globalen Wirtschaftsleistung (global gross domestic product) 18 von insgesamt 23 Trillionen USD. Dies bedeutet, dass die gesamte Wirtschaftsleistung der Entwicklungsländer, in denen 80% der Weltbevölkerung leben nur 5 Trillionen betrug. Diese Ungleichheiten nehmen laufend zu. Der Anteil der 20% ärmsten Menschen am globalen Vermögen reduzierte sich in den vergangenen 30 Jahren von 2.3% auf 1.4%, während sich der Anteil der 20% Reichsten von 70% auf 85% zu steigern vermochte. Dies bedeutet, dass sich im Laufe der letzten 30 Jahre das Verhältnis des Anteils der Reichsten 20% am Globalvermögen zu den Ärmsten 20% von 30:1 auf 61:1 *verdoppelt* hat (United Nations 1996).

Die Tendenz der sich öffnenden Einkommens- und Vermögensschere findet sich nicht nur zwischen den armen und reichen Ländern. Auch für die Schweiz gilt, dass die Reichen immer reicher werden, während die Armen (relativ) stetig weniger haben. Laut der aktuellen Lohnstrukturerhebung haben die am schlechtesten bezahlten Lohnempfänger und -empfängerinnen (unterstes Quintil der Lohnskala) weniger als 4286 Franken pro Monat verdient, während die am besten bezahlten Arbeitnehmenden (oberstes Quintil) mit einem Monatslohn von durchschnittlich 8029 Franken beinahe doppelt so viel erhalten haben. Auch die Differenzen der Einkommen zwischen

den verschiedenen Regionen und Branchen in der Schweiz haben sich gegenüber dem Vorjahr vergrößert (BFS 2007).

3.2 Weitere Ansätze auf der Mikroebene

Empirisch vielfach gesichert ist der Befund, dass sich die Differenzen in der Lebenserwartung sowohl in den Ländern als auch zwischen den Ländern in den vergangenen 40 Jahren vergrößert haben (vgl. z.B. Mackenbach und Bakker 2002; Marmot und Wilkinson 2006; Townsend, Davidson und Whitehead 1992 (1982)).

Ist die Frage nach den Gründen für die Entstehung sozialer Ungleichheit in Bezug auf Gesundheit in einem industrialisierten Land wie die Schweiz, so gilt es nach Siegrist (1989) mindestens drei Ebenen von Problemen und Erklärungsansätzen zu unterscheiden:

- Verfügbarkeit von Gesundheits-Ressourcen
- Inanspruchnahme von Gesundheits-Ressourcen
- Belastungen und Bewältigungsmöglichkeiten

Abel (1999) sieht dies ähnlich und skizziert die drei traditionellen Ansätze der Medizinsoziologie zur Erklärung der ungleichen Verteilung von Gesundheit und Krankheit in der Bevölkerung wie in Abbildung 3-6:

Abbildung 3-6: Soziale und gesundheitliche Ungleichheit: Erklärungsansätze



Quelle: Abel (1999: 44).

Die Darstellung von Abel macht deutlich, dass sich die soziale Ungleichheit nicht direkt in gesundheitliche Ungleichheit umsetzt, sondern dass es eine Zwischenebene gibt, wo der Umsetzungsprozess gewissermassen stattfindet und wo deshalb auch nach Erklärungsmuster für das Entstehen gesundheitlicher Ungleichheit gesucht werden muss.

Unter Verfügbarkeit von Gesundheits-Ressourcen resp. Gesundheitsversorgung ist der Zugang zur Gesundheitsversorgung zu verstehen. Dabei wird angenommen, dass nicht alle Personen Zugang zu den optimalen Ressourcen zur Erhaltung oder Verbesserung ihrer Gesundheit haben.

Siegrist (1989) betont, dass in West-Deutschland die bestehenden Differenzen in der Mortalität und Morbidität nicht oder allenfalls nur marginal durch ungleichen Zugang zu Gesundheits-Ressourcen erklärt werden können. Das gleiche trifft dank der obligatorischen Krankenversicherung wohl auch für die Schweiz – zumindest für alle sich legal aufhaltenden Menschen – zu, obwohl verschiedene Stimmen angesichts der aktuellen Entwicklung im Gesundheitssystem befürchten, dass wir es (bald) mit einer 2-Klassen Medizin zu tun hätten (Spöndlin 2000; Stöhlker 2006). Meines Wissens gibt es jedoch keine empirische Evidenz für das Bestehen einer 2 oder mehr Klassen-Medizin in der Schweiz.

Die gemessene soziale Ungleichheit in Bezug auf Mortalität und Morbidität lässt sich nach Siegrist vor allem durch Prozesse auf den beiden verbleibenden Ebenen, also Differenzen bei Belastungen und Bewältigungsmöglichkeiten sowie Inanspruchnahme resp. Gesundheitsverhalten nach Abel erklären. Abel fasst unter Gesundheitsverhalten mehr als nur Unterschiede bei der Inanspruchnahme von medizinischen Dienstleistungen. Er legt den Fokus in dieser Bezugsebene vor allem auf die Auswirkungen von Lebensstilen auf die Gesundheit. Der Gebrauch des Begriffs Lebensstil hat seine Ursprünge in der epidemiologisch ausgerichteten Lebensstilforschung der Sechziger- und Siebzigerjahre. „Diesen ersten grossen Bevölkerungsstudien kommt das Verdienst zu, die wichtigsten Risikoverhaltensweisen überzeugend identifiziert zu haben (z.B. Berkman & Breslow, 1983). Die darin jedoch zugrunde liegende „Theorielosigkeit“ wird heute zunehmend kritisiert (z.B. Cockerham et al. 1993), da sie zu konzeptuellen Verengungen führte. Die resultierenden Problemen betreffen u.a. die Reduktion auf spezifische (Risiko-) Verhaltensweisen, die Vernachlässigung der soziostrukturellen und gruppenspezifischen Einflüsse und die unzureichende Spezifizierung der komplexen Zusammenhänge von sozialen, psychologischen und biologischen Bedingungs- und Wirkungsfaktoren (siehe dazu RUHBC, 1989; Abel, 1992).

Auf der Meta-Ebene werden seit einigen Jahren milieuspezifische Unterschiede in der langfristigen Gesundheitsorientierung, in der Beachtung frühzeitiger Symptome sowie im präventiven Verhalten zur Entstehung der gesundheitlichen Differenzen untersucht. Diese Ansätze vermochten soweit jedoch nur einen geringen Anteil der gemessenen Ungleichheit erklären (Siegrist 1989: 353).

Somit bleibt noch die dritte Ebene übrig. Tatsächlich befassen sich die meisten vorhandenen Erklärungsansätze wie auch die grosse Mehrheit empirischer Studien mit Erklärungen auf der Mikro-Ebene. Auf die verbreitesten Ansätze soll im Folgenden näher eingegangen werden.

Anforderungs-Kontroll-Modell (Effort-Reward-Imbalance)

In umfangreichen theoretischen und empirischen Arbeiten haben Siegrist und Mitarbeiter einen eigenen Ansatz zur Erklärung der sozialen Bedingtheit von koronaren Herzkrankheiten entwickelt (vgl. Siegrist 1996; Siegrist und Marmot 2004; Siegrist et al. 1990). Der Ansatz ist hier von Interesse, weil er auch eine Möglichkeit zur Erklärung von sozio-ökonomischen Unterschieden

bei koronaren Herzkrankheiten bietet. Ausgangspunkt ist der *job strain* Ansatz von Karasek und Theorell (1990). Mit dem Begriff *job strain* wird die spezifische Arbeitsbelastung umschrieben, die sich aus der Kombination von hoher Anforderung und geringem Handlungsspielraum ergibt. In mehreren empirischen Studien konnte belegt werden, dass dieser *job strain* ein wichtiger Risikofaktor für koronare Herzkrankheiten ist. Die Vermutung liegt nahe, dass *job strain* bei Erwerbstätigen mit geringem beruflichem Status wie etwa Fließbandarbeiter besonders häufig ist. Für die Schweiz liegen meines Wissens keine empirischen Arbeiten vor, in welchen untersucht wird, wie wichtig *job strain* für die Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit ist.

Nach den Annahmen des Anforderungs-Kontroll-Modells ergeben sich Umfang und Intensität von Stressreaktionen bei der Arbeitstätigkeit aus dem Zusammentreffen von zwei entscheidenden Merkmalen von Arbeitsinhalten. Dem Merkmal einer (v.a. quantitativ) hohen Anforderung an die arbeitende Person und dem Merkmal eines geringen Entscheidungsspielraums über die auszuführende Arbeitsaufgabe (d.h. geringe Kontrollierbarkeit (Karasek und Theorell 1990)). Demnach ist nicht die Arbeitsmenge an sich gesundheitsgefährdend, sondern die Erfordernis die Leistung unter niedriger Kontrollierbarkeit von Arbeitsablauf und Arbeitsinhalt zu vollbringen. Meist wird dabei als Beispiel auf die Fließbandarbeit der industriellen Massenfertigung hingewiesen. Die gleiche Konstellation findet sich jedoch auch im mittleren Kader. Allgemein kann beobachtet werden, dass heute eine grosse Zahl von Arbeitsplätzen durch diese kritische Kombination aus hohen Anforderungen und geringer Kontrolle gekennzeichnet ist. Dabei gilt: je niedriger die berufliche Position, desto häufiger ist sie zu erwarten.

Mit geringer Kontrolle über Arbeitsinhalte und -prozesse gehen zwei folgenreiche Erfahrungen einher: (1) die Erfahrung geringen Entscheidungsspielraums, damit geringer Autonomie der arbeitenden Person, und (2) die Erfahrung mangelnder bzw. einseitiger Nutzung der persönlichen Fähigkeiten. Diese beiden Erfahrungen können sich negativ auf das Wohlbefinden auswirken. Allgemein wird angenommen, dass hohe Anforderungen in Kombination mit hoher Kontrolle zu höherer Lernaktivität, Motivation und der Entwicklung von Fertigkeiten führen.

Mit dem Anforderungs-Kontroll-Modell ist erstmals ein theoretisches Modell psychosozialer Stressbelastung gefunden worden, das sich in einer Vielzahl von Studien zur Erklärung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, aber auch von weiteren Beschwerdebildern bewährt hat (siehe Siegrist 2005). Dennoch hat dieses Modell auch seine Begrenzungen.

Es bleibt beispielsweise unklar, welche Bedeutung dem Bewältigungsverhalten der arbeitenden Person zukommt, da nämlich deren Reaktion aus der Betrachtung ausgeklammert wird. Für den einen mag eine Tätigkeit mit geringem Entscheidungsspielraum (und geringer Verantwortung) angenehm sein, während ein anderer darunter leidet. Solche Unterschiede zu erfassen wäre deshalb wichtig. Eine weitere Begrenzung des Anforderungs-Ressourcen Modells wird darin gesehen, dass sich die Kontrolldimension ausschliesslich auf die Arbeitstätigkeit bezieht. Wichtige Konsequenzen bzw. Rahmenbedingungen wie z.B. Arbeitsplatzunsicherheit, unangemessene

Bezahlung, fehlender Aufstieg werden in dem Modell nicht berücksichtigt. Zudem wird dieses Modell praktisch ausschliesslich im Kontext bezahlter Arbeit angewendet. Es gibt jedoch auch andere Bereiche, die sich durch diese gesundheitsgefährdende Konstellation auszeichnen wie etwa die Situation einer allein erziehenden Mutter mit (zu) knappem Budget und/oder unzureichender Betreuungslösung für die Kinder während ihrer Arbeitszeit. Ebenfalls wäre das Modell auf die Situation anwendbar, wenn eine betagte Person gepflegt werden muss. Diese beiden Situationen sind gekennzeichnet durch grosse Anforderungen und Erwartungen und geringe (zeitliche oder finanzielle) Möglichkeiten.

3.2.1 Das Modell sozialer Gratifikationskrisen

Den oben erwähnten Kritikpunkten versucht das Modell *sozialer Gratifikationskrisen* gerecht zu werden. Im diesem Modell steht der Arbeitsvertrag als gesellschaftliches Tauschverhältnis von Leistung und Lohn im Vordergrund. Dabei werden drei Arten von Belohnung unterschieden (vgl. Siegrist 2005):

- Finanzielle Belohnung in Form von Lohn.
- Belohnung durch Wertschätzung und Anerkennung.
- Belohnung in Form von gewährtem Aufstieg bzw. gewährter Arbeitsplatzsicherheit.

Das grundlegende Prinzip der Vertragsgestaltung besagt, dass sich Leistung und Belohnung in etwa entsprechen. In dem Modell sozialer Gratifikationskrisen wird angenommen, dass diese Reziprozität unter bestimmten Bedingungen verletzt wird, d.h. dass Erwerbstätige sich immer wieder stark verausgaben, ohne im Vergleich hierzu angemessenen Belohnungen zu erfahren (Gratifikationskrisen). Stressreaktionen, die aus diesem Ungleichgewicht hervorgehen, weisen eine besondere Intensität auf, da die Verletzung eines grundlegenden Prinzips menschlicher Vergesellschaftung, der sozialen Reziprozität, schwer zu bewältigen ist (vgl. hierzu auch 3.1.1).

Das Modell spezifiziert drei Bedingungen, unter denen zu erwarten ist, dass sich Menschen einem ungünstigen Verhältnis zwischen Verausgabung und Belohnung aussetzen. Erstens können soziale Zwänge vorliegen, die eine günstigere Tätigkeits- bzw. Berufswahl nicht zulassen. Dies gilt in erster Linie für wenig mobile und beruflich gering qualifizierte Gruppen („lieber eine schlechte Arbeit als gar keine“). Zweitens können berufsbiografisch-strategische Erwägungen dazu führen, dass Gratifikationskrisen über einen längeren Zeitraum hinweg in Kauf genommen werden, in Erwartung einer späteren Honorierung dieser Vorleistungen, beispielsweise in Form beruflicher Beförderung oder eine spätere akademischen Karriere. Drittens können Erwerbstätige eine bestimmte Form der Leistungsmotivation aufweisen, deren Besonderheit darin besteht, dass die von ihnen erbrachten Verausgabungen nicht angemessen in Rechnung gestellt, d.h. unrealistisch eingeschätzt werden. Mit dem Konzept der übersteigerten beruflichen Verausgabungsneigung ist eine entsprechende Form der Leistungsmotivation identifiziert worden, deren Besonderheit in einem stark ausgeprägten Bedürfnis nach Kontrolle, Erfolg und Anerkennung in beruflichen An-

forderungssituationen liegt. Gratifikationskrisen daher eine äussere (extrinsische) wie auch innere (intrinsische) Komponente enthalten.

Dieses Modell hat sich ebenfalls in verschiedenen wissenschaftlichen Studien bewährt. Es scheint insbesondere geeignet zu sein, die mit der Globalisierung des Arbeitsmarktes einhergehenden gesundheitlichen Risiken präziser zu erfassen, als dies ohne Rückgriff auf ein theoretisches Konzept möglich wäre (ibid: 71f.).

3.2.2 Das Modell des sozialen Rückhalts (Social Support)

Während die bisher erläuterten mikrosoziologischen Modelle der Krankheitsentstehung in starkem Masse auf die Berufsrolle bezogen sind, beansprucht das Modell des sozialen Rückhalts einen weiteren, weniger spezifischen Geltungsbereich, da es direkt auf andere soziale Rollen anwendbar ist. Sozialer Rückhalt bezeichnet eine allgemein als positiv oder belohnend erfahrene Qualität des sozialen Austausches, die innerhalb von Gruppen mit einer gewissen Stabilität und Dichte wechselseitiger Beziehungen erfahren werden kann. Ihre wichtigsten Merkmale sind (vgl. House 1981):

- Emotionaler Rückhalt (Wertschätzung, Zuneigung, Vertrauen, Interesse, Zuwendung)
- Rückhalt durch Anerkennung (Bestätigung, Feedback, positiver sozialer Vergleich)
- Rückhalt durch Information (Rat, Vorschläge, Handlungsanweisungen, geteiltes Wissen)
- Instrumentaler Rückhalt (Hilfe durch zeitliche Präsenz, Arbeit/ Mitarbeit, finanzielle Mittel).

Für das Modell sozialen Rückhalts bedeutet dies, dass zwei Wirkpfade angenommen werden. Wirkpfad A besagt, dass das Fehlen von sozialem Rückhalt einen eigenständigen Risikofaktor darstellt. Dies bedeutet, dass Personen ohne angemessene soziale Unterstützung häufiger erkranken als Personen, die über guten Rückhalt verfügen.

Wirkpfad B besagt, dass Personen die über guten Rückhalt verfügen, im Fall von Krisenerfahrungen chronischer oder akuter Art vor deren krankheitswertigen Folgen besser geschützt sind als Personen ohne Rückhalt (Pufferwirkung des Protektivfaktors).

Für beide Modelle hat die medizinsoziologische Forschung eine Fülle bestätigender Ergebnisse zutage gefördert (als Überblick siehe Berkman und Kawachi 2000).

Integration der Modelle

Es wurde dargestellt, dass das soziale Handeln in den zentralen sozialen Rollen Berufs-, Partner- und Elternrolle, Nachbarschaft und zivilgesellschaftlichem Engagement eine persönliche und eine soziale Nutzenproduktion ermöglicht. Die persönliche Nutzenproduktion dient der Befriedigung basaler Bedürfnisse des physischen und psychischen Wohlbefindens und der sozialen Wertschätzung. Die Befriedigung dieser Bedürfnisse geht mit nachhaltigen positiven Selbsterfah-

rungen einher. Diese positiven Selbsterfahrungen fördern die psychische und physische Gesundheit. Dabei lassen sich drei Aspekte positiver emotionaler Selbsterfahrung unterscheiden, die sich wechselseitig ergänzen und verstärken:

- *Selbstwirksamkeitsgefühl*: die Erfahrung von Autonomie und Erfolg eigenen Handelns der Person.
- *Selbstwertgefühl*: die Erfahrung von Anerkennung der eigenen Person und ihrer Leistungen durch signifikante andere.
- *Zugehörigkeitsgefühl*: die Erfahrung des Eingebundenseins der eigenen Person in eine (soziale, kulturelle, spirituelle) Gemeinschaft.

3.3 Rollentheorie und Gesundheit

Das Rollenkonzept lässt sich in der theoretischen und empirischen soziologischen Forschung mannigfach anwenden, da es sowohl den Blick auf das Individuum als auch auf die Gesamtgesellschaft richtet. Die Grundidee besteht darin, dass in bestimmten sozialen Situationen Verhaltenserwartungen an die Mitglieder einer Gesellschaft gerichtet werden, die jeder Rollenträgender auf etwa gleiche Weise erfüllt.

3.3.1 Die Genese der Rollentheorie

All the world's a stage,
And all the men and women merely players:
They have their exits and their entrances;
And one man in his time plays many parts,
His acts being seven ages.

(William Shakespeare aus *As You Like It* II/7)

Mit *The Study of Man* veröffentlichte der Kulturanthropologe Ralph Linton (1893-1953) eine Schrift, die verschiedentlich als erste begrifflich scharfe Anwendung der Rollentheorie gilt. Es gibt allerdings auch Stimmen, die der Meinung sind, dass dem Philosophen und Sozialpsychologen George Herbert Mead (1863-1931) mit *Mind, Self and Society* oder Jacob Levy Moreno (1889-1974), Arzt und Begründer des Psychodramas mit *Who shall Survive* das Primat der fundamentalen Einführung der Rollentheorie in der Soziologie zustehe. Es ist wohl nicht so wichtig, wem diese Ehre zugesprochen wird, zumal schon Shakespeare die Rollenmetapher verwendet hatte (siehe Zitat oben) und sich bereits in der Bibel Stellen finden, welche gewissermassen die damals geltenden Geschlechterrollen beschreiben (bsp. Eph. 5:25). Wenig bekannt ist zudem, dass „die Postulate der strukturell-funktionalen Theorie und insbesondere die Theoreme der Rollenlehre eine geistesgeschichtliche Tradition verkörpern, die wesentlich tiefer in das europäische philosophische Denken zurückreicht, als die Herleitung aus der amerikanischen Sozialphilosophie der dreissiger Jahre vermuten liesse.“ (Gerhardt 1971: 21). Gerhardt verweist auf den Umstand, dass die Grundgedanken der Rollenlehre bereits in Arbeiten des Lebensphilosophen Wilhelm Dilthey

(1833-1911) zu finden sind. In Anlehnung an diese Gedanken entwickelte Georg Simmel (1858-1918) seine Lehre von den Kategorien des Sozialen, die Gerhardt als direkten Vorläufer der allgemein bekannten, jüngeren Rollenanalyse sieht. Simmels Kategorien des Sozialen – Rolle, Individualität, Struktur – erweisen sich bei genauerer Betrachtung als die drei zentralen Begriffe des struktur-funktionalen Ansatzes. Somit nahm Simmel in den Ausführungen zu seinen drei soziologischen Aprioris viele Elemente der späteren Rollentheorie vorweg, allerdings ohne den Begriff der *sozialen Rolle* explizit zu benutzen²⁷.

Ohne auf die historischen Vorläufer der heute weit verbreiteten, struktur-funktional geprägten Rollentheorie weiter einzugehen, wird durch diese Ausführungen bereits deutlich, dass es viel ergiebiger ist zu untersuchen, wie sich die verschiedenen Ansätze gegenseitig befruchtet haben anstatt nach dem *echten* Begründer der Rollentheorie zu forschen. Denn diesen zu bestimmen ist angesichts der unterschiedlichen Kriterien und Traditionen nahezu unmöglich. Angesichts der hier interessierenden Forschungsfragen beginnt die Auseinandersetzung mit der Rollentheorie und ihren Begriffen mit der Einführung der *sozialen Rolle* in die soziologische Diskussion der 1930er Jahre.

George Herbert Meads Erbe

Eine unbestreitbar wichtige Quelle für die Entstehung und Entwicklung der Rollentheorie ist das Werk George Herbert Meads (1863 (1934)). Er führte die Begriffe *Rolle* und *Rollenübernahme* im Rahmen einer anthropologischen Theorie spezifisch menschlicher Kommunikationsweise ein. Nach Mead ist die menschliche Kommunikation jener von Tieren dadurch überlegen, dass sie mit dem Mittel *signifikanter Symbole*²⁸ arbeitet. Damit verweist Mead auf den Umstand, dass nur der Mensch dazu imstande ist, auf seine eigenen Gebärden und Äusserungen selbst zu reagieren und „zwar in einer antizipatorischen und damit das mögliche Antwortverhalten des Handlungspartners innerlich repräsentierender Weise“ (Joas 1992: 251). Damit wird das eigene Verhalten an potenziellen Reaktionen von Mitmenschen ausrichtbar. In dem nun potenziell jeder Interaktionspartner über dieselben Fähigkeiten verfügt, wird gemeinsames, kollektives Handeln möglich, welches sich an einem verbindlichen Muster wechselseitiger Verhaltenserwartungen orientiert. Mead

²⁷ Vgl. Exkurs über das Problem: Wie ist Gesellschaft möglich? im ersten Kapitel von Simmel, 1908: 32ff. Eine detaillierte Auseinandersetzung mit Simmel in Hinblick auf die Rollentheorie findet sich in Gerhardt, Uta. 1971. Rollenanalyse als kritische Soziologie. Neuweid und Berlin: Hermann Luchtenhand.

²⁸ Mead selbst hat seine Theorie nie systematisch niedergeschrieben. Das hier erwähnte, viel beachtete Werk *Mind, Self and Society* hat Meads Schüler Charles W. Morris auf der Basis von studentischen Vorlesungsmitschriften zusammengetragen und 1934, drei Jahre nach Meads Tod, veröffentlicht. Der von Herbert Blumer, auch ein Schüler Meads, entwickelte Symbolische Interaktionismus geht ebenfalls auf die Arbeiten zur Theorie der symbolvermittelten Kommunikation zurück.

bezeichnet die Verhaltenserwartung an den Interaktionspartner *taking the role of the other* (Rollenübernahme) und meint die Antizipation des situationsspezifischen Verhaltens des Anderen.

Neben der Dimension der natürlichen Triebimpulse stellt Mead also eine Instanz zu deren Bewertung, die aus den Erwartungen der Reaktionen auf die Äusserung dieser Impulse hin besteht. Mead spricht in diesem Zusammenhang von *I* and *me*. Der Begriff des *I* bezeichnet für ihn die Triebausstattung des Menschen wie auch das Prinzip von Spontaneität und Kreativität. *Me* bezeichnet meine Vorstellung von dem Bild, das der andere von mir hat. Trete ich mehreren für mich bedeutsamen Bezugspersonen gegenüber, so gewinne ich mehrere unterschiedliche *mes*. Diese müssen, vorausgesetzt konsistentes Verhalten sei möglich, zu einem einheitlichen Selbstbild synthetisiert werden. Gelingt diese Synthetisierung, dann entsteht das *self* oder die *Ich-Identität* als einheitliche und doch auf die Verständigung mit stufenweise immer mehr Partnern hin offene und flexible Selbstbewertung und Handlungsorientierung. Gleichzeitig entwickelt sich auf diese Weise eine stabile Persönlichkeitsstruktur (Mead 1965 (1934)).

Der Handelnde muss sich an einem für alle Handelnden gültigen Ziel orientieren, das Mead, auf dessen psychische Grundlage zielend, den *generalized other* nennt. Die Verhaltenserwartungen dieses *generalized other* sind die allgemein als gültig erachteten Normen und Werte, und zwar in einer auf die spezifische Funktion des einzelnen Handelnden spezifizierten Weise²⁹.

Ralph Linton, Talcott Parsons und Robert K. Merton

Meads Theorie ist eine der Quellen, aus denen Talcott Parsons seine umfassende Theorie der Einbettung der Sozialisation in die Funktionsweise von gesellschaftlichen Systemen entwickelt. Neben Mead bezieht sich Parsons zudem auf die ethnologische Konzeption Ralph Lintons (Linton 1936; Linton 1947; Linton 1973 (1967)). Lintons Ansatz geht von der Unabhängigkeit der Struktur einfacher Gesellschaften von den konkreten Individuen aus. Eine Gesellschaft besteht nach Linton aus statischen Strukturen, die für die Individuen bestimmte Positionen bereithalten. Die Handlungen der Akteure werden dabei als Vollzug der Zwänge der statischen Struktur gedacht (vgl. Joas 1992).

Parsons stellt die Rollenkonzeptionen Meads und Lintons nebeneinander und entwickelt daraus seinen eigenen Ansatz. Bei Mead überzeugt Parsons die Idee eines gegenüber den einzelnen Handelnden und ihrem Vorhaben objektiv gewordenen Norm- und Wertsystems. Er übernimmt den Gedanken der Reziprozität der Verhaltenserwartungen und den einer relativen Selbständigkeit der Muster bedeutungsgleicher Symbole, verzichtet hingegen auf den Zusammenhang zwischen der diese Normen und Werte konstituierenden Interaktion und den Normen und Werten selbst. Interaktion versteht Parsons als wechselseitige Bezogenheit des Handelns zweier Akteure,

²⁹ Für eine vertiefte Auseinandersetzung mit Meads Begriffen und Theorieentwicklung siehe bsp. Joas, Hans. 1980. Praktische Intersubjektivität. Die Entwicklung des Werks von G.H. Mead. Frankfurt Suhrkamp.

von denen jeder den anderen zur Realisierung seiner Ziele und zur Befriedigung der eigenen Bedürfnisse benötigt. Diese wechselseitige Befriedigung führt zu einem gemeinsamen Interesse an der Aufrechterhaltung der Beziehung und damit zu deren Stabilisierung. Dieser Prozess ermöglicht ein festes Muster für die komplementäre Ordnung der Handelnden. Die gesamtgesellschaftliche Institutionalisierung bestimmter Normen ermöglicht es ferner, über den Rahmen eines Systems von nur zwei Interaktionspartnern hinauszugehen. In komplexen Gesellschaften ist allerdings mehr als die unmittelbar wechselseitige Bedürfnisbefriedigung nötig, vielmehr sorgt eine allgemein gewährleistete Konformität zum gemeinsamen Wertesystem dafür, dass die Gratifikationen gleichmässig verteilt werden. Das Interesse an dem Erhalt von Gratifikationen und der Vermeidung von Frustrationen sowie die Notwendigkeit zur Stabilisierung des Wertsystems stützen sich dabei gegenseitig. „Modellhaft fallen [...] die institutionalisierten normativen Verhaltenserwartungen und die Bedürfnisdispositionen und Handlungsmotivationen der Akteure dergestalt zusammen, dass mit einem normenkonformen und damit auch allseitig befriedigenden Handeln gerechnet werden kann, was gleichzeitig die Stabilität des social system zur Folge hat. Gesellschaft bedeutet dann die Unterwerfung aller unter ein nicht weiter ableitbares, rational nicht begründbares und daher auch nicht kritisierbares Wertesystem.“ (Joas 1992: 255f.).

Verbreitung und Weiterentwicklungen

Obwohl die Diskussion um die Rollenhaftigkeit des sozialen Handelns in den Vereinigten Staaten – wie beschrieben – bereits Mitte der 1930er Jahre begann, beeinflusste sie bis in die 1950er Jahre noch keine weiten Kreise. Auf eine Beschreibung der darauf folgenden, nun nahezu explosionsartigen Verbreitung der Rollentheorie in der Amerikanischen Soziologie soll hier verzichtet werden, zumal sie für diese Arbeit nicht von zentralem Interesse ist und es hierzu bereits eine Vielzahl hervorragender Übersichtsarbeiten gibt (siehe beispielsweise Claessens 1974 (1968)). In der Deutschen Soziologie begann die Auseinandersetzung mit der Rollentheorie nochmals einige Jahre später. Erst mit der Veröffentlichung von Ralf Dahrendorfs Traktat *Homo Sociologicus* (1973 (1958)) wurde die Rollentheorie auch im deutschsprachigen Raum bekannt, rege diskutiert, kritisiert und auch weiter entwickelt (Claessens 1974 (1968); Joas 1973). Dahrendorf selber war über die gewaltige Resonanz auf den ursprünglich gar nicht zur Publikation bestimmten Teil einer Festschrift überrascht. Im Vorwort zur vierten Auflage des *Homo Sociologicus* stimmt er diversen kritischen Stimmen und fruchtbaren Erweiterungen zu, und distanziert sich rückblickend auch von einigen seiner ursprünglichen Überlegungen und Aussagen. Zu Recht verweist er aber auch auf das Verdienst der Schrift, eine der grössten Diskussionen in der Geschichte der Soziologie verursacht zu haben:

Wenn irgend sich mein Versuch als fruchtbar erwiesen haben sollte, dass durch die Kritik, die er allenthalben – und keineswegs nur in der Soziologie – angeregt hat. Es ist mir keine Phrase, dass wir Fortschritt in der wissenschaftlichen Erkenntnis nur doch lebhaft gegenseitige Kritik erzielen können, und ich bin besonders froh, durch meinen Essay in diesem Sinne gewirkt zu haben. (Dahrendorf 1973 (1958): 9).

So wurde die Rollentheorie in den 1970er Jahren aus marxistischer Sicht als (bildungs-) bürgerliche Verschleierungsideologie grundsätzlich in Frage gestellt (Haug 1973; Haug 1994). Dabei stand insbesondere auch das Verhältnis von Rolle und Macht im Visier der Kritik (Claessens 1969; Claessens 1974 (1968)). Gleichzeitig wurden Rollentheorien entwickelt, die den Ansprüchen einer kritischen emanzipatorischen Gesellschaftstheorie genügen sollten (Gerhardt 1971, Dreitzel 1980 (1968)). Seit den 1970er Jahren entwickelt sich zudem eine aufschlussreiche Diskussion über die Auswirkungen multipler Rollen, insbesondere bei Frauen. Während die einen negative Auswirkungen von Rollenüberlastung und Rollenkonflikte untersuchen (Goode 1973 (1967); Goode 1960; Merton 1957 (1949)), weisen neuere Ansätze vermehrt auf die Bereicherung und Emanzipation durch multiple Rollen hin (Sieber 1974; Thoits 1983; Thoits 1986). Auf diese Debatte wird weiter unten noch vertiefter eingegangen.

Die lebhaften theoretischen und empirisch fundierten Debatten in der englischsprachigen Soziologie beweisen, dass die soziologische Rollentheorie nicht nur etabliert ist, sondern auch aktuell und innovativ sein kann. Wird die Entwicklung der Diskussion über die Rollentheorie seit den 1950er gesamthaft betrachtet, so trifft allerdings noch heute Dahrendorfs Bemerkung im Vorwort zur vierten Auflage 1963 zu, wo er schreibt dass „[...] deutschsprachige Beiträge in der Regel das philosophisch-anthropologische Umfeld der Rollenanalyse behandeln, während im engeren Sinn soziologische Ansätze noch immer eine Domäne der angelsächsischen Forschung sind.“ (Dahrendorf 1973 (1958): 9). Dies mag mitunter ein Grund dafür sein, dass der theoretische Diskurs in der deutschsprachigen Soziologie im Laufe der Zeit nahezu einschlief und die Rollentheorie heute im deutschen Sprachraum wenig aktuell scheint. Einzig Uta Gerhardt stellt hierbei eine Ausnahme dar. Sie arbeitet weiterhin rollentheoretisch, publiziert allerdings ihre Arbeiten über Talcott Parsons und den Rollenansatz allgemein bezeichnenderweise mehrheitlich auf Englisch. Ohne an die grossen theoretischen Diskussionen anzuknüpfen, wird die angelsächsisch geprägte Rollentheorie jedoch auch gegenwärtig in der deutschsprachigen empirischen Sozialforschung verwendet; insbesondere bei der Analyse der Geschlechterrollen.

3.3.2 Grundbegriffe der Rollentheorie

Die Begriffe *soziale Position* und *soziale Rolle* wurden als Grundbegriffe vergleichsweise spät in die Soziologie aufgenommen. Erst 1936 führte sie Ralph Linton in *The Study of Man* ein und entwickelt sie in *The Cultural Background of Personality* (1947) zu sozialstrukturellen Kategorien weiter. Linton spricht zwar von *Status*, versteht darunter allerdings das, was später als *Position* beschrieben wird: „Den Platz, den ein Individuum zu einer bestimmten Zeit in einem bestimmten System einnimmt, wollen wir im Folgenden als sein *Status* in diesem System bezeichnen.“ (Linton 1973 (1967): 64, kursiv im Original). Unter dem Begriff Status versteht Linton eine Position in einem sozialen System, die designierte Rechte und Pflichten umfasst; unter Rolle versteht er das Verhalten, das sich an diesen kulturell geformten Erwartungen anderer orientiert. Linton verwies auf

dem Umstand, dass jedes Mitglied einer Gesellschaft immer mannigfache Positionen innehat, und dass zu jeder Position eine entsprechende Rolle gehört.

Lintons Rollenbegriff wurde in der Folge von Parsons und Merton in die strukturfunktionalistische Theorie integriert und ist seither aus den Sozialwissenschaften (wie auch aus dem Alltagsgebrauch) nicht mehr weg zu denken. Dahrendorf orientiert sich im *Homo Sociologicus* ebenfalls an Merton und indirekt auch an Linton. Da diese Schrift und mit ihr Dahrendorfs Definition der Begriffe die deutsche Soziologie wie erwähnt stark beeinflusst hat, werden sie auch hier in starker Anlehnung an den *Homo Sociologicus* definiert. Eine Vielzahl weiterer Autoren verwendet die Begriffe in praktisch identischer Weise (Gerhardt 1971; Gross, Mason und McEachern 1965 (1958)).

Soziale Position

Nach Dahrendorf wie auch nach Gross et al. bezeichnet der Begriff soziale *Position* den Ort eines Akteurs oder einer Gruppe von Akteuren in einem Feld sozialer Beziehungen. Wie schon Linton weisen auch sie darauf hin, dass soziale Positionen etwas prinzipiell unabhängig vom Einzelnen denkbare sind. Als Illustration zieht Dahrendorf die Positionen eines Bürgermeisters und eines Professors bei. Weder das Amt eines Bürgermeisters noch der Lehrstuhl eines Professors hören mit einer Vakanz auf zu bestehen. Eine Person nimmt dabei in der Regel eine Mehrzahl an Positionen ein und Dahrendorf geht wohl zu Recht davon aus, dass die Zahl der auf Einzelne entfallenden Positionen mit der Komplexität der Gesellschaft wächst (Dahrendorf 1973 (1958): 30).

Jede dieser Positionen impliziert ein Netz anderer Positionen, die mit dieser verknüpft sind. Dahrendorf verwendet dafür den Begriff *Positionsfeld*. Eine Mutter steht also in einem Positionsfeld mit Partner und Kinder, ein Professor ist auf seine Studierenden, Assistierenden, Kolleginnen und Kollegen sowie die Universitätsverwaltung bezogen etc. Ein Positionsfeld, in das eine Position den Einzelnen stellt kann also eine Vielzahl von unterschiedlichen Bezügen einschliessen und Positionen selber können komplex sein. Weiter sind soziale Positionen als Menge von *Positionsegmenten* zu verstehen. Die Position „Professor“ besteht demnach aus den Positionsegmenten „Professor-Studierende“, „Professor-Assistierende“, „Professor-Kolleg/innen“ etc.

Soziale Rolle

Zu jeder Position, die ein Mensch einnimmt, gehören gewisse Verhaltensweisen, die man von dem Träger dieser Position erwartet. Zu allem, was dieser Mensch ist, gehören Dinge, die er tut (bsp. Umgangsformen) und hat (bsp. Kleidungsstil), kurzum: zu jeder sozialen Position gehört eine *soziale Rolle*. Dahrendorf bedient sich bei der Beschreibung der sozialen Rolle der Rollenmetapher aus dem Theater:

„Indem der Einzelne soziale Positionen einnimmt, wird er zur Person des Dramas, das die Gesellschaft, in der er lebt, geschrieben hat. Mit jeder Position gib die Gesellschaft ihm eine Rolle in die

Hand, die er zu spielen hat. Durch Positionen und Rollen werden die beiden Tatsachen des Einzelnen und der Gesellschaft vermittelt: dieses Begriffspaar bezeichnet *homo sociologicus*, den Menschen der Soziologie, und es bildet daher das Element soziologischer Analyse.“ (Dahrendorf 1973 (1958): 32, kursiv im Original)

Während also *Positionen* nur Orte in Bezugsfeldern benennen, beschreibt die *Rolle* die Art der jeweiligen Beziehung zwischen den Trägern verschiedener Positionen desselben Feldes. Soziale Rollen bezeichnen also Ansprüche an das Verhalten des Trägers von Positionen (*Rollenverhalten*) und Ansprüche an sein Aussehen und seinen „Charakter“ (*Rollenattribute*). Somit bringt es Dahrendorf auf dem Punkt, in dem er zusammenfasst: „Soziale Rollen sind Bündel von Erwartungen, die sich in einer gegebenen Gesellschaft an das Verhalten der Träger von Positionen knüpfen.“ (ibid: 33).

Wie Positionen sind auch Rollen unabhängig vom Träger beschreibbar. Die von einer Mutter oder einem Professor erwarteten Verhaltensweisen und Attribute lassen sich formulieren, ohne an eine bestimmte Mutter resp. einen bestimmten Professor zu denken. Mit den Positionen entfallen auf eine Person ebenso viele Rollen, deren jede potenziell eine Vielzahl von *Rollensegmenten* umschliesst. Die Erwartungen, die sich an einen Träger der sozialen Rolle „Professor“ knüpfen, lassen sich aufgliedern in Erwartungen im Hinblick auf die Beziehung „Professor-Studierende“, „Professor-Assistierende“, „Professor-Kolleg/innen“ und „Professor-Universitätsleitung“. Jede einzelne Rolle ist demnach ein Komplex von Verhaltenserwartungen.

Rollenerwartungen und Sanktionen

Wichtig ist es hierbei festzuhalten, dass es sich bei sozialen Rollen stets um *erwartetes* Verhalten handelt. Es kann daraus nicht abgeleitet werden, wie sich ein Rollenträger *tatsächlich* verhält. Es ist allerdings auch so, dass man sich der Gesellschaft und ihren Erwartungen nicht ohne weiteres entziehen kann, denn sie hat *Sanktionen* zur Verfügung, mit deren Hilfe sie die Vorschriften erzwingen kann. „Wer seine Rolle nicht spielt wird bestraft; wer sie spielt, wird belohnt, zumindest nicht bestraft.“ (ibid: 36). Die Forderungen und Sanktionen an einen Rollenträger können dabei je nach Gesellschaft, in der sich ein Rollenträger befindet stark variieren. Beispielsweise gelten heute in der westlichen Welt andere Ansprüche an die Kleidung einer Frau in der Öffentlichkeit als in traditionellen arabischen Gesellschaften.

Bei den Erwartungen wird weiter zwischen Muss-, Soll- und Kann-Erwartungen unterschieden. Unter *Muss-Erwartungen* werden – analog zu den juristischen Muss-Vorschriften – jene Elemente von sozialen Rollen verstanden, denen sich nur auf die Gefahr gerichtlicher Verfolgung hin entzogen werden kann: Eine Mutter muss für das Wohl ihrer Kinder sorgen, sonst wird ihr das Sorgerecht entzogen oder ein Professor darf keine sexuellen Beziehungen mit Studierenden unterhalten. Geht er dennoch auf eine Beziehung mit einer Studentin oder einem Studenten ein, muss er mit negativen Sanktionen rechnen. Das Rechtssystem lässt sich demnach als Aggregat

von Sanktionen begreifen „mit deren Hilfe die Gesellschaft die Einhaltung sozialer Rollenerwartungen garantiert. Zugleich sind diese Muss-Vorschriften gewissermassen der harte Kern jeder sozialen Rolle; die sind nicht nur formulierbar, sondern ausdrücklich formuliert; ihre Verbindlichkeit ist nahezu absolut; sie ihnen zugeordneten Sanktionen sind ausschliesslich negativer Natur.“ (ibid: 37). Beispielsweise erhält kein Autofahrer einen Orden dafür, wenn er die vorgegebene Geschwindigkeit einhält, tut er dies hingegen nicht, wird er umgehend gebüsst. Der moderne Rechtsstaat zeichnet sich laut Dahrendorf im Vergleich zu anderen Gesellschaften dadurch aus, dass der Bereich gesetzlich geregelter Verhalten vergleichsweise gross sei. Terry, Schweizer Rock'n'Roll Legende von Terry & The Hot Sox brachte es, als ein Konzert wegen Beschwerden über Nachtruhestörung abgebrochen werden musste, auf den Punkt in dem er frustriert monierte, in der Schweiz sei alles verboten und was nicht verboten sei, sei obligatorisch.

Neben den Muss-Erwartungen beinhalten die meisten sozialen Rollen auch gewisse *Soll-Erwartungen*, deren erzwingbare Verbindlichkeit kaum geringer ist als die der Muss-Erwartungen. Auch bei Soll-Erwartungen überwiegen negative Sanktionen, obwohl derjenige, der ihnen stets nachkommt, der Sympathie seiner Mitmenschen sicher sein kann. Dies können Erwartungen an Pünktlichkeit, Verlässlichkeit, Hilfsbereitschaft etc. sein. Die Soll-Erwartungen in einer fremden Kultur zu erfüllen ist nicht trivial. Im Gegensatz zu Muss-Erwartungen sind sie in der Regel nirgends festgehalten, und dennoch fällt es gleich negativ auf, wenn ein Rollenträger Soll-Erwartungen nicht nachkommt in dem er etwa zu laut spricht, sich nicht adäquat kleidet, zu früh oder zu spät bei einer Einladung erscheint etc. Das nicht Einhalten von Soll-Erwartungen kann schnell zu sozialem Ausschluss führen, unter Umständen auch ohne dass der sich der sanktionierte Rollenträger dessen bewusst ist.

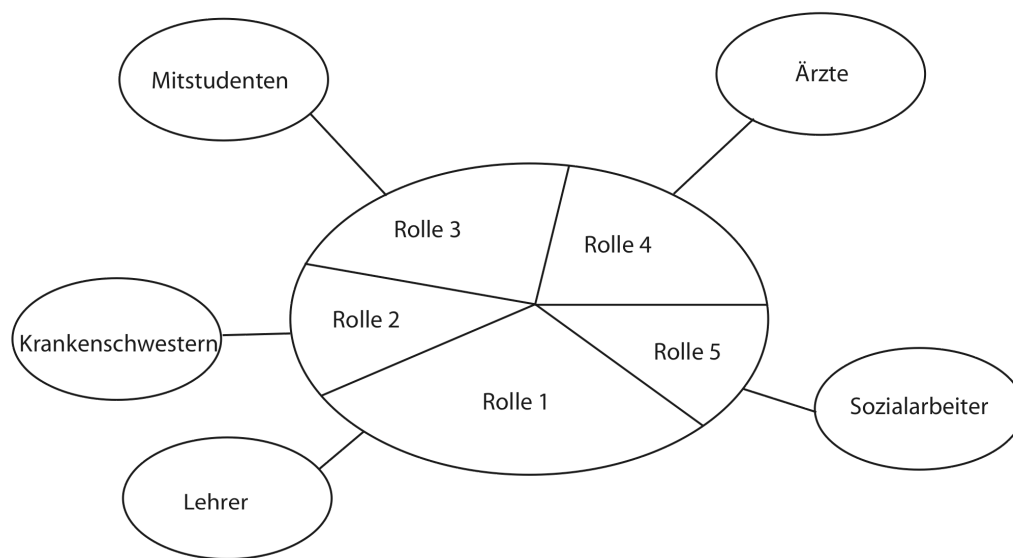
Positive Sanktionen verspricht das regelmässige Nachkommen von *Kann-Erwartungen*. Diese basieren zwar auf Freiwilligkeit, aber auch „Kann-Erwartungen führen uns noch keineswegs in die Sphäre unregulierten Sozialverhaltens. Der Mensch, der „immer nur das Allernötigste tut“, muss schon sehr wirksame Alternativen der Befriedigung kennen, um durch die Geringschätzung seiner Mitmenschen nicht gestört zu werden.“ (ibid: 39) Diese Erwartungen treffen einen Rollenträger insbesondere in der Berufswelt, aber auch in Vereinen, Parteien und Organisationen aller Art, wo die Erfüllung von Kann-Erwartungen vielfach eine Grundbedingung des Fortkommens und Aufstiegs ist. Bei Kann-Erwartungen werden Aufgaben wie beispielsweise Geld sammeln oder Kuchen backen (mehr oder weniger) freiwillig übernommen und der, in der Regel nicht monetäre Lohn dafür ist Wertschätzung.

Rollen-Set und Rollensegment

Merton (1973 (1957)) entwickelt in seiner Studie über *Intrarollenkonflikte* das Modell des Rollen-Sets. Zunächst erweitert er Lintons Rollenbegriff, in dem dass unterschiedliche Verhaltenserwartungen auf einen Positionsinhaber gerichtet werden. „Im Gegensatz zu Linton beginne ich mit der Voraussetzung, dass zu jeder sozialen Position nicht nur eine einzige zugeordnete Rolle ge-

hört, sondern eine Reihe von Rollen.“ (Merton 1973 (1957): 322). Die daraus resultierende Kombination von Rollenbeziehungen, „in die eine Person auf Grund ihrer Inhaberschaft des bestimmten sozialen Status verwickelt ist“ (ibid), nennt Merton *Rollen-Set*. Als Beispiel verweist er auf einen Medizinstudenten. Der Status eines Medizinstudenten bringt nicht nur die Rolle Student gegenüber seinen Lehrern mit sich, sondern auch eine Reihe anderen Rollen, die ihn mit Kommilitonen, Ärzten, Krankenschwestern, Sozialarbeitern etc. verbinden.

Abbildung 3-7: Rollen-Set eines Medizinstudenten nach Merton



Eigene Darstellung nach Merton (1973 (1957): 322)

Merton weist weiter darauf hin, dass der *Rollen-Set* nicht mit *Rollen-Ausstattung* gleichgesetzt werden darf. Letzteres bezieht sich nicht auf den mit einem einzigen sozialen Status verbundenen Rollenkomplex, sondern auf die Rollen, die mit den verschiedenen sozialen Positionen verknüpft sind. Diese Kombination sozialer Positionen, deren jede ihrerseits ein eigenes Rollen-Set besitzt, nennt Merton *Status-Set*.

Dahrendorf hält später, in Übereinstimmung mit einer Reihe weiteren Rollentheoretikern, daran fest, dass nur eine Rolle mit je einer Position verbunden sei. Diese Rolle zerfällt in die von unterschiedlichen Bezugsgruppen oder Bezugspersonen erwarteten Verhaltensweisen, die er Rollensegmente nennt: „Mit den Positionen entfallen auf jeden Einzelnen viele soziale Rollen, deren jede der Möglichkeit nach eine Mehrzahl von Rollensegmenten umschliesst.“ (Dahrendorf 1973 (1958): 33, kursiv im Original).

Rollenstruktur

Die Rollenstruktur verweist auf den Umstand, dass eine soziale Position in einem Feld sozialer Beziehungen mit anderen Positionen verbunden ist, so dass die jeweiligen Rollen zum Teil aufeinander bezogen sind. Daraus bedingen sich wechselseitige Abhängigkeiten was bedeutet, dass die Änderung einer Rollenbeziehung oder einer ihrer Aspekte auch Veränderungen bei einigen oder allen anderen Teilen mit sich ziehen kann (Wiswede 1977). Meist wird von Rollenstruktur im Zusammenhang mit sozialen Systemen wie z.B. der Rollenstruktur einer Organisation, einer sozialen Gruppe (wie etwa eine Familie) oder auch von der Rollenstruktur einer Gesamtgesellschaft gesprochen. Der Begriff der Rollenstruktur lässt sich jedoch ebenso auf der Individualebene anwenden. Die Rollenstruktur widerspiegelt die Ausgestaltung der Rollenpositionen und gibt Auskunft über das Vorhandensein und Nicht-Vorhandensein bestimmter Rollen.

Die Frage nach der Rollenstruktur erhält in dieser Arbeit eine zentrale Wichtigkeit. Die folgende Rollenstrukturanalyse konzentriert sich dabei auf die unterschiedlichen Effekte verschiedener Rollenkonfigurationen auf die Gesundheit.

3.3.3 Rollenkonflikte und Lösungsstrategien

Intra- versus Interrollenkonflikt

Der Grundgedanke des Rollenkonfliktansatzes widerspiegelt die Erkenntnis, dass eine Rolle Beziehungen zu mehreren Personen einschliesst und dass diese in der Regel unterschiedliche Auffassungen von einem angemessenen Verhalten des Rollenspieler haben (siehe oben). Es besteht also immer ein potenzieller Konflikt zwischen verschiedenen Erwartungen und Ansprüchen, die innerhalb einer einzelnen Rolle wirken. Diese Art des Konflikts wird *Intrarollenkonflikt* genannt. Da ein Individuum in der Regel zudem nicht nur eine, sondern mehrere Rollen innehat, kommt es vor, dass sich Erwartungen, die mit verschiedenen Rollen verknüpft sind, nicht gleichzeitig erfüllen lassen. Bei Konflikten zwischen zwei oder mehr Rollen wird deshalb von einem *Interrollenkonflikt* gesprochen. Es kann also durchaus vorkommen, dass eine Person gleichzeitig sowohl mit Intra- wie auch mit Interrollenkonflikten konfrontiert ist.

Rollenkonfliktlösungsstrategien bei Rollenkonflikten

Nach Merton verkörpert der Rollenkonflikt die Grundsituation menschlichen Handelns (Merton 1957 (1949): 380)³⁰. Entsprechend kann das Verhalten als Resultat bewältigter Rollen- und somit Normenkonflikten verstanden werden. „Soll nun etwas ausgesagt werden über die Bedingungsfaktoren von Verhaltensakteuren, so ist demgemäss auf den Normen- oder Rollenkonflikt zu

³⁰ Merton erwähnte es zwar nicht explizit, die Beispiele machen jedoch deutlich, dass es sich im Folgenden um eine Auseinandersetzung mit dem *Intrarollenkonflikt* handelt.

rekurrieren. Dies kann auf zweierlei Weise geschehen. Zum einen wären die verschiedenen Rollen bzw. Normen zu beschreiben, die in einer Handlungssituation konfligieren, und die Ursachen ihrer Unvereinbarkeit wären auszumachen. Zum anderen wäre von den an einer Konfliktsituation beteiligten Rollen auszugehen, und es wäre nach den Lösungsmustern zu fragen, die zur Harmonisierung divergierender Rollen oder Normen führen.“ (Gerhardt 1971: 72).

Sowohl die empirische Rollenforschung wie auch die an sie anknüpfende Theorieentwicklung haben sich vor allem mit dem zweiten Bereich befasst. Es wurde also primär nach Divergenzen zwischen mehreren Rollen gesucht um dann die konfligierenden Einheiten als Rollenerwartungen, Rollensegmente, Rollen oder Rollenaggregate zu beschreiben. War die Divergenz bestimmt, wurden Möglichkeiten betrachtet, mit denen diese Divergenz kurz-, mittel und/oder langfristig eliminiert werden können. Dabei wurde davon ausgegangen, dass Individuen nur dann sozial interagieren können, wenn die dabei beteiligten Rollen oder Normen möglichst harmonisch aufeinander abgestimmt sind und ein Minimum an Differenzen aufweisen.

Diverse Studien haben Faktoren untersucht, die zur Bewältigung von Rollenkonflikten beitragen und die eine Harmonisierung divergierender Normen herbeiführen. Es sind höchst verschiedene Faktoren, welche die Funktion haben, Diskrepanzen zwischen Verhaltenszwängen zu minimieren. Die Skala reicht von Merkmalen der Persönlichkeit bis zu Eigenschaften der Sozialstruktur. Meist blieb dabei die Frage offen, ob die Theorie des Rollenkonflikts und seiner Lösungsansätze auf das Handeln aller Individuen in der westlichen Gesellschaft gleichermassen anwendbar ist (vgl. Gerhardt 1971: 74ff.). Es stellt sich hier also konkret die Frage, ob beispielsweise der individuelle Lebensstil, die sozioökonomische Lage oder das soziale Geschlecht den Umgang mit Rollenkonflikten prägen.

Merton formulierte den ersten Entwurf einer Theorie des Rollenkonflikts (Merton 1973 (1957)). Er geht davon aus, dass strukturelle Prozesse und Kräfte für die Lösung von Rollendivergenzen verantwortlich sind. Störungen im Rollen-Set, die durch widersprüchliche Erwartungen von Rollenpartnern hervorgerufen werden, können durch gewisse Mechanismen entschärft werden. Sie vermögen einen Rollenkonflikt zwar in der Regel nicht gänzlich zu verhindern, begrenzen jedoch seine dysfunktionalen Wirkungen: „Wir haben es hier [...] mit dem analytischen Problem der Identifizierung von sozialen Mechanismen [zu tun], die ein höheres Mass an Ordnung hervorbringen, als ohne diese Mechanismen bestehen würde.“ (ibid: 325).

Unter Mechanismen versteht Merton konkret:

- die relative Bedeutsamkeit verschiedener Positionen (ibid: 325),
- Machtunterschiede zwischen den Positionen in einem Rollen-Set (ibid: 325),
- die Abschirmung des Rollen-Handelns gegenüber der Beobachtung durch Mitglieder des Rollen-Sets (ibid: 327)
- die Übersiehbarkeit widersprüchlicher Forderungen seitens der Mitglieder eines Rollen-Sets (ibid: 329),

- die gegenseitige soziale Unterstützung zwischen den Statusinhabern (ibid: 329) sowie
- die Beschränkungen (Reduktion) des Rollen-Sets (ibid: 330).

Ein Rollenkonflikt kann also beispielsweise entschärft werden, indem gewissen Positionen eine höhere Priorität zukommt. So haben beispielsweise familiäre und berufliche Verpflichtungen in modernen Gesellschaften Vorrang gegenüber der Mitgliedschaft in einem Verein. Der zweite Mechanismus liegt in der Verteilung von Macht und Autorität. „In diesem Zusammenhang bedeutet Macht die sichtbare und voraussehbare Fähigkeit, in einer sozialen Handlung den eigenen Willen durchzusetzen, selbst gegen den Widerstand anderer Teilnehmer an dieser Aktion. Mit Autorität ist die kulturell legitimierte Organisation der Macht gemeint.“ (ibid: 326). Infolge sozialer Schichtung besitzen also die Mitglieder eines Rollen-Sets nicht den gleichen Einfluss auf die Gestaltung des Verhaltens des Statusinhabers. Als Beispiel hierzu führt Merton die Situation eines Sohnes an der weiss, dass die Entscheidung seines Vaters durch die entgegengesetzte Entscheidung seiner Mutter aufgehoben werden kann. In diesem Fall neutralisieren sich die Kräfte im Rollen-Set. Eine weitere Möglichkeit des Lösens von Rollenkonflikten besteht darin, dass Rollenbeziehungen abgebrochen werden. „Aber eine solche Amputation des Rollen-Sets als Modus der Anpassung ist nur unter besonderen und begrenzten Bedingungen möglich. Er kann nur dann wirksam benützt werden, wenn die Statusinhaber ihre anderen Rollen noch spielen können, ohne auf die Hilfe der aufgeschlossenen [sic] Parteien angewiesen zu sein. [...] Im Grossen und Ganzen ist diese Chance jedoch selten und begrenzt, da die Zusammensetzung des Rollen-Sets gewöhnlich keine Frage der persönlichen Wahl, sondern Sache der sozialen Organisation ist, in die sich der Status eingebettet findet.“ (ibid: 330f.).

Multiple Rollen: Stress oder Bereicherung?

Neben den erwähnten Auseinandersetzungen mit Strategien im Umgang mit Rollenkonflikten entwickelt sich darauf aufbauend seit den sechziger Jahren eine Diskussion über die Auswirkungen multipler Rollen. William J. Goode erweitert mit seinem Artikel *A Theory of Role Strain* die Rollentheorie um den *Role Strain* (Rollen-Stress) Begriff. Dieser Aufsatz war ein regelrechter Meilenstein in der Entwicklung der Rollentheorie und befruchtet die Auseinandersetzung mit den Auswirkungen von multiplen Rollen bis in die Gegenwart³¹. *Role Strain* bezieht sich auf das Gefühl, einer gegebenen Rolle resp. den mit ihr verknüpften Pflichten und Erwartungen nur unter Schwierigkeiten nachkommen zu können:

„Ein jeder nimmt an vielen verschiedenen Rollen-Beziehungen teil, von denen jede etwas andere Pflichten mit sich bringt. Diese Rollen-Pflichten können einander widersprechende Leistungen verlangen [...], zeitliche und räumliche Konflikte mit sich bringen oder auch Konflikte in der Verteilung der Hilfsmittel auslösen“ (Goode 1973 (1967): 338).

³¹ Ein Blick in das ISI Web of Knowledge zeigt, dass bis heute in gegen 500 Journalartikeln auf diesen Aufsatz von Goode Bezug genommen wird.

Vertreter des Rollen-Stress Ansatzes gehen davon aus, dass zusätzliche Rollen zu Anspannungen und Überforderung führen, welche sich auch negativ auf das körperliche und psychische Wohlbefinden ausüben können (Goode 1960; Marks 1977; Merton 1957 (1949)).

“The individual is thus likely to face a wide, distracting, and sometimes conflicting array of role obligations. If he conforms fully or adequately in one direction, fulfillment will be difficult in another. Even if he feels lonely, and would like to engage in additional role relationships, it is likely that he cannot fully discharge all the obligations he already faces. He cannot meet all these demands to the satisfaction of all the persons who are part of his total role network. Role strain – difficulty in meeting given role demands – is therefore normal. In general, *the individual's total role obligations are over demanding*.” (Goode 1960: 485 kursiv im Original).

Goode verweist implizit auf zwei Problembereiche, die zu Rollen-Stress führen: Rollenüberladung und Intrarollenkonflikt. Ersteres bezieht sich auf die Ressource Zeit: mit jeder zusätzlichen Rolle wird die verfügbare Zeit anteilmässig knapper und der Rollenträger wird gezwungen, zwischen den verschiedenen Rollen Prioritäten zu setzen. Mit dem Intrarollenkonflikt hat sich bereits Merton eingehend auseinandergesetzt. Er verweist auf unterschiedliche Rollenerwartungen, die zu inneren Spannungen des Rollenträgers führen können. Auf diesen Aspekt von Rollen-Stress hat bereits Merton hingewiesen:

“It would seem that the basic source of disturbance in the role-set is the structural circumstance that any one occupying a particular status has role-partners who are differently located in the social structure. As a result, these others have, in some measure, values and moral expectations differing from those held by the occupant of the status in question.” (Merton 1957 (1949): 370).

Eine Reihe Studien können die Kausalitätsbeziehung von mehr Rollen auf mehr Stress allerdings nicht bestätigen (Menaghan 1989; Miller, Moen und Dempster-McClain 1991; Reid und Hardy 1999; Thoits 1983 und 1986). Vielmehr betonen Vertreter der *enhancement hypothesis* (Bereicherungshypothese), dass zusätzliche Rollen Zugang zu mehr Ressourcen eröffnen, die auch allfällige negative Effekte mehr als aufwiegen würden. Sieber (1974) ist der Meinung, dass sich multiple Rollen mehrfach auszahlen: (1) durch zusätzliche mit den Rollen verbundenen Privilegien, (2) allgemeine Statussicherung, (3) zusätzliche Ressourcen für die Statusverbesserung und Rollenfunktion und (4) Bereicherung der Persönlichkeit und Selbstbestätigung. Alle diese Begünstigungen haben nach Sieber einen direkten, mindernden Effekt auf persönliche wie auch zwischenmenschliche Spannungen. Sieber ist weiter der Überzeugung, dass durch das Annehmen multipler Rollen soziale Spannungen zwischen sozialen Lagen abgebaut werden:

„It is conceivable that they would alleviate such societal problems as the alienation of non-privileged strata. Whereas Goode (1960:194) asserts that “the total effort of an individual to reduce their role strain within structural limitations directly determines the profile, structure, or pattern of the social system,” we would suggest that the larger social order is determined more so by the efforts of individuals to acquire and enjoy the normal, net benefits of role accumulation.” (Sieber 1974: 569).

Es ist allerdings noch nicht abschliessend geklärt, ob diese positiven Effekte für alle Personen gleichermassen gelten. Ahrens und Ryff (2006) finden beispielsweise lediglich bei gut gebildeten Frauen einen positiven Effekt von multiplen Rollen auf Wohlbefinden.

Meyer (2000) hat an diese Debatte angeknüpft. Er betont, dass nicht primär die Anzahl der Rollen massgebend ist, sondern die effektive Ausgestaltung des Rollenhaushalts. Die von ihm eingeführten Konzepte der Rollenkonfiguration und Rollenfunktion, sowie die Verallgemeinerung der rollensoziologischen Belastungs- und Ressourcentheorie in ein Anforderungs-Ressourcen-Modell sind weitere innovative Beiträge an die Weiterentwicklung der Rollentheorie (siehe 3.3.4).

Wie oben erwähnt, ist die Frage, ob der positive Effekt multipler Rollen auf das Wohlbefinden und die Gesundheit noch zu wenig betrachtet worden. Es ist unklar, ob schichtspezifische Unterschiede bei der Entstehung von, sowie im Umgang mit Werten- und Rollenkonflikten bestehen. Dieser Frage widmet sich der folgende Abschnitt.

Schichtspezifische Differenzen beim Umgang mit Rollenkonflikten

Gilt das Interesse verhaltensrelevanter Sozialfaktoren, ist es wichtig zu erörtern, ob wirklich für alle Gruppen in einer Gesellschaft angenommen werden kann, „*dieselbe* Werthierarchie sei für sie gültig und die einzelnen Werte würden von ihnen *gleich* interpretiert.“ (Gerhardt 1971:80). Die Klärung der Frage nach den Wertinhalten ist deshalb so zentral, als Rollenentscheidungen und Rollenerwartungen nur dann ähnlich sein werden, wenn sich die Wertmuster, die ihnen zugrunde liegen, ebenfalls mehr oder weniger entsprechen.

Soll tatsächlich von den „structural circumstances“, die laut Merton zur Verringerung von Rollenkonflikten beitragen, ausgesagt werden können, sie seien *struktureller* Natur, so würde dies implizieren, dass sie für alle Mitglieder einer Gesellschaft gleichermassen relevant sind. Gesetzttenfalls müsste demnach eine Übereinstimmung der grundlegenden Wertorientierung in allen Gruppierungen und sozialen Lagen feststellbar sein.

Eine Reihe empirischer Arbeiten hat jedoch gezeigt, wie problematisch die Annahme einer solchen Homogenität des Wertsystems ist. Angehörige verschiedener sozio-ökonomischer Statusgruppen weisen vielfältige Differenzen in ihren Werthaltungen auf. Ihre Zielvorstellungen richten sich nicht nach gemeinsamen kulturellen Inhalten. Auch die Formen sozialer Partizipation weichen voneinander ab, ebenso wie Einschätzung des Nutzens von Sanktionsmedien wie Geld, Prestige oder Bildung für das eigene Fortkommen. Herbert Hyman zeigt bereits 1954 in einer Sekundäranalyse, dass die formale Ausbildung in der Unterschicht gering bewertet und ökonomische Gratifikationen bevorzugt werden: Geld ist wichtig während Bildung dagegen im Wertsystem unterprivilegierter Bevölkerungsgruppen eine untergeordnete Rolle spielt. Anders verhält es sich in der Mittelschicht. Hier werden Ausbildung und Leistung hoch eingeschätzt, die Bedeutung ökonomischer Ziele steht dahinter etwas zurück. Tatsächlich wird der gesellschaftliche Erfolg in beiden Statuslagen hoch bewertet, es ist jedoch jeweils etwas anderes damit gemeint. In

der Mittelschicht wird Sozialprestige in enge Verbindung zu beruflicher Leistung und Umweltkontrolle gesetzt, während in der Unterschicht der gesellschaftliche Erfolg eher als etwas gesehen wird, was man wie etwa einen Lottogewinn nur schicksalhaft erhoffen kann. Erfolg hängt primär von Zufall, guten Beziehungen und einer Portion Glück und weniger von den eigenen Leistungen ab. Ebenso bestehen schichtspezifische Differenzen bezüglich politischen oder weltanschaulichen Vorstellungen.

Solche Differenzen der schichtspezifischen Wertmuster und in der schichtbezogenen Interpretation allgemeingültiger Werte machen es also problematisch, von einer kollektiv gültigen Werthierarchie zu sprechen, die als Garant einer sozialen Ordnung fungieren könnte (vgl. Gerhardt 1971).

Rollenkonflikt und normative Orientierung

Viele Studien zum Rollenkonfliktproblem gehen von der Annahme aus, Rollen seien internalisiert. Gilt diese Prämisse, dann tritt die Inkompatibilität von Rollenpflichten als ein Konflikt innerhalb der Persönlichkeit ins Blickfeld. Es entsteht das Bild eines *Pflichtenwiderstreits*. Der Rekurs auf den Pflichtenwiderstreit als Grundsituation des sozialen Handelns basiert auf Postulaten der Moralphilosophie und der psychoanalytischen Theorie. Die grundlegende Annahme dabei ist, dass *jede* internalisierte Norm ein Bedürfnis nach Konformität auslöst. Wenn also jede internalisierte Norm ein Bedürfnis nach Konformität auslöst, dann werden in der Situation des Rollenkonflikts Neigungen zur Konformität mit allen handlungsrelevanten Normen bzw. Rollen ausgelöst. Es kann nun vorkommen, dass in einer Situation *entweder* die Erwartung „x“ *oder* die Erwartung „y“ (oder beide teilweise) befriedigt werden. Somit ist die Frustration (mindestens) eines internalisierten Bestrebens unvermeidlich. Der Zusammenhang verkompliziert sich dadurch, dass das Bedürfnis nach Konformität mit Schuldgefühlen und Strafbedürfnis assoziiert wird, die bei jeglicher Minderung des erstrebenswerten Konformitätsgrades auftreten.

Wenn also jede Abweichung von verinnerlichten Prinzipien zu Schuldgefühlen und Strafbedürfnis führt, löst schon die Gefahr einer Normverletzung – wie sie etwa im Pflichtenwiderstreit auftritt – einen psychischen Konflikt aus. Über diesen Konflikt „zwischen den konstitutiven [...] Bedürfnisdispositionen im Überich“ sagt Parsons: „Das ist ein authentisch innerer Persönlichkeitskonflikt und nicht bloss ein Konflikt über die möglichen „äusseren“ Folgen von Sanktionen.“ (Parsons, Shils und Lazarsfeld 1975: 145). Dieser Konflikt kommt auch im Modell des Effort-Reward-Imbalance zu tragen und kann sich negativ auf die Gesundheit auswirken (vgl. Kapitel 3.2).

3.3.4 Zentrale soziale Rollen und ihre Konfigurationen

Peter C. Meyer (2000) bezieht sich mit dem Begriff *Rollenkonfiguration* auf das Muster der von einem Individuum übernommenen, zentralen sozialen Rollen. Er geht davon aus, dass die Kombination der sozialen Rollen, das soziologisch relevante Merkmal der Rollenstruktur ausmacht und nicht primär die Summe der Einzelrollen, wie dies häufig insbesondere bei der Auseinandersetzung mit Rollenkonflikten gesehen wird. Eine die Rollenkonfigurationen berücksichtigende Analyse wird schnell sehr komplex, wenn eine grosse Zahl sozialer Rollen betrachtet wird, da sich die Anzahl der möglichen Konfigurationen mit jeder zusätzlichen berücksichtigten Rolle verdoppelt nach dem Schema $x = 2^n$, wobei n für die Anzahl Rollen steht und x entsprechend für die daraus bildbaren Konfigurationen. Um die Komplexität nicht unnötig zu erhöhen, muss deshalb eine theoretisch gut begründete, kleine Auswahl wichtiger Rollen getroffen werden, aus denen dann die jeweils möglichen Rollenkonfigurationen gebildet werden. Im Folgenden werden analog zu Meyer drei zentrale soziale Rollen der Schweizer Bevölkerung im Erwerbsalter für die rollenkonfigurative Analyse ausgewählt.

Zentrale soziale Rollen prägen und beeinflussen das alltägliche Leben durch umfangreiche Aufgaben, Rechte und Pflichten. Sie zeichnen sich also durch eine Vielzahl *Muss-Erwartungen* aus (vgl. Abschnitt: Rollenerwartungen und Sanktionen). In Übereinstimmung mit (Kandel, Davies und Raveis 1985; Menaghan 1989; Meyer 2000) werden für die Schweizerische Erwerbsbevölkerung die Berufsrolle, die Elternrolle und die Partnerrolle als zentrale Rollen definiert. Diese Auswahl ist wohl generell für urbane Erwerbsbevölkerung in den Zentrumsländern gültig.

Diese Auswahl begründet sich aus ihrer besonderen Beeinflussung der Lebensbedingungen der Zielpopulation. Der Fokus auf eine altershomogene Zielgruppe ist dabei von zentraler Wichtigkeit, da entsprechend der sozial normierten Rollen- und Statusbiographie in den verschiedenen Lebensabschnitten unterschiedliche Rollen zentral sind (Levy 1977). Das Erwerbsalter wird so festgelegt, dass die grosse Mehrheit der Zielpopulation die erste Berufsausbildung bereits abgeschlossen, das Pensionsalter jedoch noch nicht erreicht hat. Mit dieser Alterseinschränkung soll erreicht werden, dass der rein altersbedingte Rollenwechsel durch Aufnehmen oder Ablegen der Berufsrolle in der Zielpopulation möglichst nicht vorkommt. Typisch für diese Lebensphase hingegen ist der Rollenwechsel in die beziehungsweise aus der Elternrolle (definiert durch Zusammenleben mit Kindern im gleichen Haushalt), sowie bei den Frauen das häufig daraus resultierende (zumindest temporäre) Aussteigen aus der Berufsrolle. So sind denn auch die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Übernahme zentraler sozialer Rollen und die Arbeitsteilung zwischen Männern und Frauen in dieser Lebensphase am grössten, da die Männer in der Schweiz nach wie vor weitaus häufiger vollzeiterwerbstätig sind als die Frauen (Bühler und Corinna 2005).

Es wird dabei die These vertreten, dass die statistische Verteilung der Besetzung zentraler sozialer Rollen in der Bevölkerung, weitgehend die soziale Norm der Rollenkonfiguration bestimmt. Die soziale Norm besteht aus allgemeinen sozialen Bewertungen, welche Rollenkonfigurationen für Männer und Frauen in bestimmten Altersgruppen legitim sind. Die Annahme, dass die statistische Norm der alters- und geschlechtsspezifischen Verteilung der Rollenkonfiguration die entsprechende soziale Norm weitgehend prägt, entspricht dem Konzept der *normativen Kraft des Faktischen*. Die statistische Verteilung der Rollenkonfiguration kann als Grundlage verwendet werden, um das Ausmass der Abweichung devianter Gruppen, zum Beispiel von Drogenabhängigen oder psychisch kranken, von der sozialen Norm der Rollenkonfiguration festzustellen (vgl. Meyer 1995). Bei der empirischen Analyse wird von der Annahme ausgegangen, dass die aus den drei genannten zentralen Rollen gebildete Rollenkonfiguration der Kern und die Essenz des Rollenhaushalts von Personen im Erwerbsalter ist.

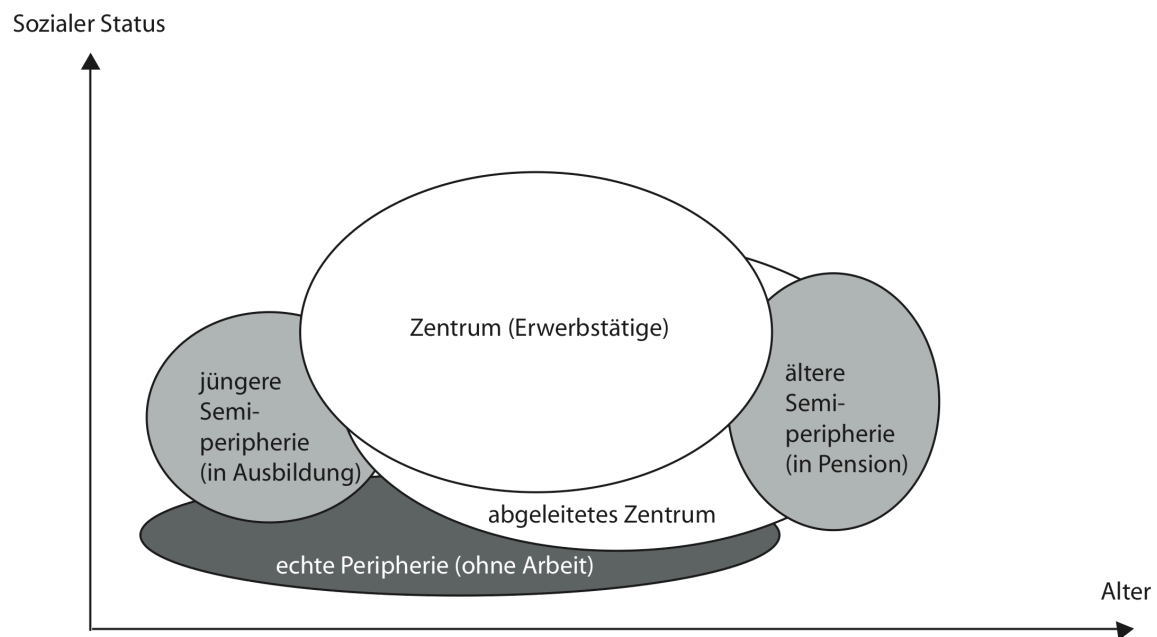
3.4 Integration der Rollenkonfigurationen in das Zentrum-Peripherie Modell

Bornschiers Modell der Statusgruppenschichtung hat eine Reihe von Sozialwissenschaftlern inspiriert und ist entsprechend häufig – jeweils an die Fragestellung angepasst – aufgenommen worden (Bornschier und Keller 1994; Eisner 1997: 173ff.; Lamprecht und Stamm 2004; Stamm, Lamprecht und Näf 2003). Dass sich dieser Ansatz auch für die Beschreibung des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit hervorragend eignet soll im Folgenden dargestellt werden (Vgl. auch Abschnitt über das Zentrum – Peripherie Modell auf Seite 32).

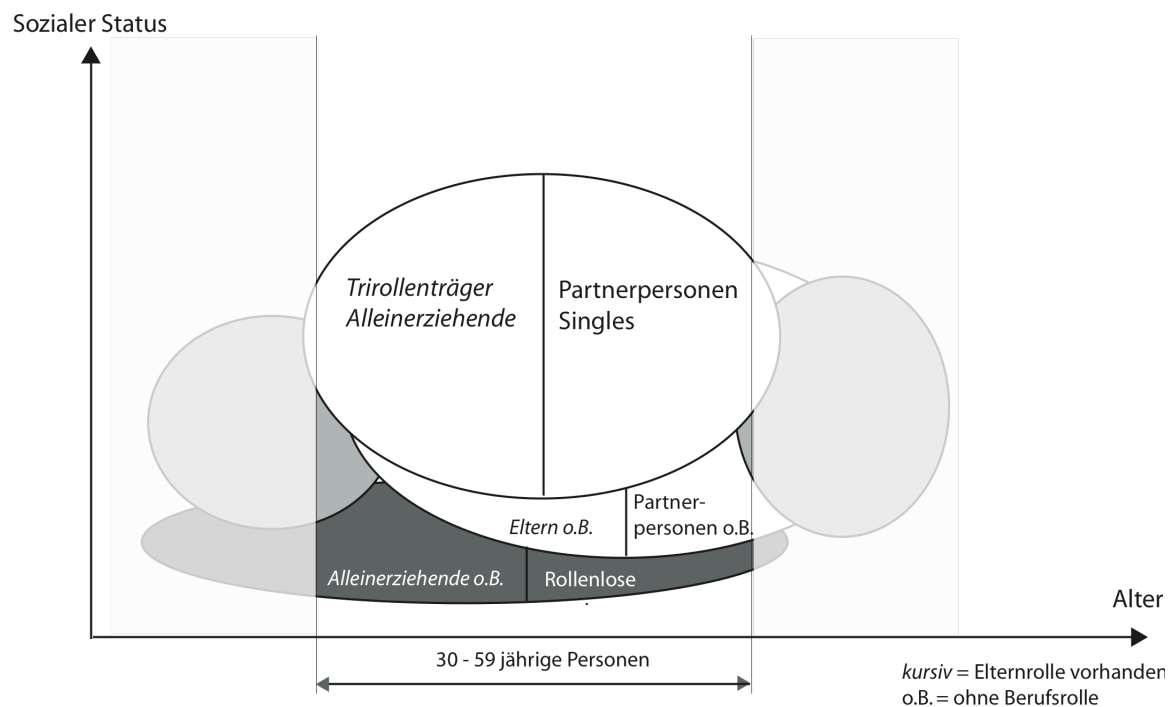
Analog zu Bornschier wird hier die Mitgliedschaft in der Kernstatusgruppe durch die Erwerbstätigkeit definiert. Zur Kernstatusgruppe gehören also erwerbstätige Frauen und Männer, während Personen, die keinen marktvermittelten Zugang zu Einkommen haben der Peripherie angehören. Da in dieser Arbeit neben der Erwerbstätigkeit auch die Partnerrolle von zentralem Interesse ist, wird das adaptierte Modell von Lamprecht und Stamm (Lamprecht und Stamm 2000) für die folgende Untersuchung gewählt. Im Unterschied zu Bornschier unterteilen sie die Peripherie in eine jüngere und eine ältere Semiperipherie und einer echten Peripherie. Die jüngere Semiperipherie fasst Leute in Ausbildung, die sich gewissermassen vor dem Eintritt ins Zentrum befinden, die ältere umfasst Personen im Ruhestand, welche die Phase der Mitgliedschaft im Zentrum hinter sich gelassen haben. Was für diese Arbeit von besonderer Bedeutung ist, ist die Integration eines abgeleiteten Zentrums. Dieses umfasst Hausfrauen und Hausmänner mit der Überlegung, dass sie zwar nicht selber erwerbstätig sind, sich ihr Lebensstandard jedoch durch den Status ihres erwerbstätigen Partners wesentlich definiert. Somit verbleiben in der eigentlichen Peripherie nur noch Personen im erwerbsfähigen Alter ohne eigene Erwerbsarbeit und ohne erwerbstätige Partner. Somit können Personen unter Berücksichtigung des Innehabens resp. Nicht-Innehabens von Berufs- und Partnerrolle in diesem Modell verortet werden. Etwas schwieriger ist es bei der

Elternrolle. Diese kann von Personen in allen fünf Hauptgruppen vorhanden oder nicht vorhanden sein. Somit werden die unter 6.4.2 aufgeführten Rollekonfigurationstypen wie folgt im Zentrum-Peripherie Modell nach Lamprecht und Stamm verortet: Im Zentrum befinden sich die Trirollenträger, Partnerpersonen, Singles und Alleinerziehenden, während Eltern und Partnerpersonen ohne Beruf im abgeleiteten Zentrum verortet werden. Die Peripherie besteht aus Alleinerziehenden ohne Berufsrolle sowie Rollenlosen (vgl. Abbildung 3.9). Die beiden Semiperipherien können in dieser Untersuchungsanlage nicht berücksichtigt werden, da die Möglichkeit alle drei Rollen innezuhaben gegeben sein muss, was hier aus biologischen (Elternrolle) und/oder biographischen (Berufsrolle) Gründen nicht gegeben ist. Wie aus Abbildung 3.8 zu entnehmen ist, besteht in jeder der fünf Statusgruppen ein erheblicher Spielraum bezüglich der Höhe des sozialen Status.

Abbildung 3-8: Zentrum-Peripherie Modell nach Lamprecht und Stamm



Quelle: Eigene Darstellung analog zu Lamprecht und Stamm (2000: 269).

Abbildung 3-9: Rollenkonfigurationen integriert im Zentrum-Peripherie Modell

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Lamprecht und Stamm (Lamprecht und Stamm 2000: 269).

Aus den dargestellten Positionen der verschiedenen Konfigurationstypen kann nicht auf die Höhe des Status oder das Alter geschlossen werden. Es geht lediglich um die Darstellung der Zugehörigkeit der Konfigurationstypen in Statusgruppen.

3.5 Überblick über Fragestellung und Hypothesen

Betrachten wir nochmals die eingangs gestellten Fragen und schauen, inwiefern sie durch das Studium der bestehenden Befunde, Ansätze und Modelle bereits – zumindest ansatzweise – beantwortet werden konnten und welche Hypothesen für die empirische Weiterarbeit abgeleitet werden können (vgl. Kapitel 1):

1. *Besteht in der Schweiz Chancengleichheit in Bezug auf Gesundheit?*

Im Hinblick auf den Forschungsstand (vgl. Kapitel 2.4.3) muss diese Frage verneint werden.

2. *Wie charakterisieren sich Personen mit systematischer gesundheitlicher Benachteiligung?*

Anhand der diskutierten theoretischen Ansätze bezüglich des Zusammenhangs zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit werden folgende Annahmen getroffen:

3. - Je höher die Bildung, desto besser die Gesundheit.
- Je höher das verfügbare Einkommen, desto besser die Gesundheit.
- Je höher die berufliche Stellung, desto besser die Gesundheit.
4. *Vermag die Rollentheorie anhand verschiedener Rollenkonfigurationen in Kombination mit der Vorstellung der Statusgruppenschichtung die bekannten Konzepte und Modelle bezüglich der Ungleichheitsstruktur von Gesundheit besser zu erfassen und zu beschreiben?*
Die Erweiterung des Ungleichheitsmodells durch verschiedene Rollenkonfigurationen scheint theoretisch plausibel, muss sich jedoch noch empirisch bestätigen.
5. *Wie wirken sich verschiedene Rollenkonfigurationen auf die Gesundheit aus?*
- Je verbreiteter und somit sozial akzeptierter die Rollenkonfiguration, desto besser die Gesundheit.
- Mehr Rollen führen zu mehr Stress was die Gesundheit negativ prägt (Role-Strain Ansatz).
- Mehr Rollen eröffnen vermehrt Ressourcen, welche die Gesundheit positiv beeinflussen (Role-Enrichment Ansatz).
6. *Hat sich das Muster der gesundheitlichen Benachteiligungen zwischen 1992/93 und 2002 verändert?*
- Die Zeit zwischen den beiden Messzeitpunkten war durch einen erheblichen sozialen Wandel infolge der Durchsetzung des neuen technologischen Stils und der Erweiterung der Steuerung sozialer Beziehungen durch den Markt geprägt. Dieser Prozess hat unter anderem dazu geführt, dass sich in der hier betrachteten Periode die Einkommensungleichheit vergrößert hat. Im Hinblick auf die relative Einkommenshypothese (vgl. Kapitel 3.1) wird deshalb erwartet, dass der soziale Gradient für gute Gesundheit ebenfalls zugenommen hat.
- Bezüglich der gesundheitlichen Effekte verschiedener Rollenkonfigurationen wird erwartet, dass ein Zusammenhang zwischen Häufigkeit einer bestimmten Konfiguration und ihrer sozialen Akzeptanz besteht. Entsprechend dürfte sich bei der relativen Zunahme einer Konfiguration die Gesundheit der entsprechenden Rollenträger verbessert haben.

Es zeichnen sich also bereits einige Antworten auf die hier gestellten Fragen ab. In den folgenden Kapiteln wird auf der empirischen Ebene nach weiteren Klärungen gesucht, um letztlich ein möglichst ausgewogenes, sowohl theoretisch wie auch empirisch gut fundiertes Bild über die Gesundheit im Schweizer Sozialgefüge zu gewinnen.

4 BESCHREIBUNG DATENSATZ UND AUSWERTUNGS- VERFAHREN

4.1 Datengrundlage

4.1.1 *Die Schweizerische Gesundheitsbefragung*

Datengrundlage für diese Arbeit bilden die Wellen 1992/93 und 2002 der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen (SGB), Trenderhebungen im Rahmen des Mikrozensus Programms des Bundesamts für Statistik. Die wichtigsten Ziele der SGB sind (1) die Analyse der gesundheitlichen Situation der Schweizer Wohnbevölkerung, (2) die Beobachtung von zeitlichen Veränderungen und damit zusammenhängend die Evaluation (gesundheits-) politischer Massnahmen sowie (3) die Schaffung einer „Gesundheitsdatenbank“.

Zurzeit gibt es Gesundheitsbefragungsdaten für die Jahre 1992/93, 1997 sowie 2002. Die vierte Befragungswelle (2007) ist am Laufen und befindet sich aktuell (Februar 2008) in der Validierungsphase. Die Grundgesamtheit bilden jeweils alle ständig in der Schweiz wohnhaften Personen im Alter von mindestens 15 Jahren, die in einem Privathaushalt mit Telefonanschluss leben. Die 15-74-jährigen Personen werden telefonisch in einer der drei Landessprachen Deutsch, Französisch oder Italienisch befragt und erhalten anschliessend zusätzlich einen schriftlichen Fragebogen. Für Personen, die zum Zeitpunkt der Befragung 75 Jahre oder älter sind, besteht auf Wunsch, anstelle eines telefonischen Interviews, die Möglichkeit der Durchführung der Befragung in einem persönlichen Gespräch (BFS 2003b).

Die Befragungen werden jeweils in vier Phasen durchgeführt. Damit sollen allfällige Effekte der Jahreszeit ausgeglichen werden. Aus dem Telefonregister wird eine nach Kantonen geschichtete Stichprobe gezogen. Danach werden innerhalb der einzelnen Kantone anhand eines Zufallverfahrens in einem ersten Schritt Privathaushalte bestimmt. In einem zweiten Schritt wird – ebenfalls zufällig – die zu befragende Person innerhalb des Haushalts definiert. Kann aus irgendwelchen Gründen³² mit der Person kein persönliches Interview geführt werden, so wird anstelle ein Proxy-Interview realisiert. Das bedeutet, dass hier eine Drittperson stellvertretend für die Zielperson Auskunft erteilt.

³² Unter folgenden Bedingungen wurde ein Proxy Interview realisiert: (1) Die Zielperson konnte infolge eines Auslandsaufenthalts während mehr als vier Wochen nicht kontaktiert werden, (2) die Zielperson war überhaupt nicht in der Lage, sich in einer der Interviewsprachen zu verständigen oder (3) das Verstehen und Beantworten der Fragen war infolge Krankheit, Unfall, Geburtsgebrechen oder Altersbeschwerden weder telefonisch noch persönlich möglich BFS, Bundesamt für Statistik. 2003b. "Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 - Die Erhebungsmethode in Kürze." Neuchâtel: Bundesamt für Statistik, internes Dokument..

Ausfälle, Verweigerungen und Erfolgsquoten

Die Gesamtschweizerische Brutto-Stichprobe der Befragung von 2002³³ umfasste 32'868 Telefonnummern. Davon wurden 2'044 Adressen (6.2% der Brutto-Stichprobe) aus den folgenden Gründen als ungültig ausgesondert: Geschäftsadressen (40.4%), Fax- und ungültige Telefonnummern (28.8%), Ferienhausadressen (20.9%), Verstorben (5.7%) sowie Kollektivhaushalte (4.2%) (vgl. BFS 2003b).

Auf der Haushaltsebene gab es 7'668 weitere Ausfälle, was 23.3% der Bruttostichprobe entspricht. Die Gründe hierfür waren: Verweigerungen auf Haushaltsebene (56.4%), nicht erreichbar bei 50 Anrufversuchen (20.7%), Gesundheitsprobleme (10.4%), Sprachprobleme auf Haushaltsebene (7.2%) und anderes (5.3%).

Des weitem gab es noch 3'450 Ausfälle auf der Zielpersonenebene durch: Verweigerungen (63.8%), nicht erreichbar bei 50 Anrufversuchen (24.0%), Gesundheitsprobleme (3.7%), Sprachprobleme (3.2%) sowie anderes (5.3%). Insgesamt konnten also 19'706 mündliche Interviews realisiert werden, was einer Teilnahmequote von 64% entspricht. 947 der Befragungen mussten als Proxy-Interviews geführt werden.

Alle 18'759 Zielpersonen, die telefonisch oder face-to-face befragt werden konnten, erhielten im Anschluss einen schriftlichen Fragebogen per Post zugesandt. 16'141 Zielpersonen retournierten den ausgefüllten Fragebogen, was einer Teilnahmequote von über 86% entspricht (ibid.).

Die detaillierten Teilnahmequoten von 2002 wie auch von 1992/93 können Tabelle 4-1 entnommen werden.

³³ Da die SGB von 2002 im Zentrum dieser Arbeit steht wird hier diese Erhebung detailliert beschrieben. In den Tabellen werden zusätzlich die Werte für 1992/93 ausgewiesen. Die detaillierten Angaben für die Welle 1992/93 finden sich in —. o.J.-b. "Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/93. Antwortquoten der privaten Haushalte." Neuchâtel: Bundesamt für Statistik, Sektion Gesundheit (CD-Rom)..

Tabelle 4-1: Erfolgsquoten der mündlichen und schriftlichen Befragungen 2002 und 1992/93

	2002	1992/93
Ausgewählt	32'868	23'032
_ davon verblieben nach Adressenbereinigung	30'824	21'589
Realisierte telefonische Interviews	19'501	14'392
Realisierte persönliche Interviews (über 75 Jahre)	205	896
Total realisierte mündliche Befragung	19'706	15'288
_ wovon Proxy-Interview	947	574
_ Erfolgsquote	64%	71%
Total realisierte schriftliche Befragung	16'141	13'818
_ Erfolgsquote	86%	78%

Quelle: (BFS 2003b; BFS o.J.-b)

4.1.2 Gewichtungsverfahren

Damit die erhobenen Aussagen der Stichprobe für die Gesamtschweizer Wohnbevölkerung optimale Gültigkeit erhalten, wird nach dem sorgfältigen Auswahlverfahren der Befragten zusätzlich ein Gewichtungsverfahren angewendet. Differenzen der Ergebnisse, die auf Stichprobenziehung zurückgehen, wie etwa die ungleiche Haushaltsgrösse, Einfluss der Interview-Verweigerungen oder Sprachschwierigkeiten, können so teilweise korrigiert werden. Hierfür wird die Zusammensetzung der Stichprobe von 2002 mit der Struktur der Schweizer Bevölkerung von 15 und mehr Jahren Ende 2001 verglichen, welche sowohl Personen in Privathaushalten wie auch Personen in Kollektivhaushalten umfasst. Dasselbe Verfahren wird auch für die Zusammensetzung der Stichprobe von 1992/93 angewandt. Hier wird der Stand der Bevölkerung von 1992 als Referenz herangezogen. Im Rahmen des Vergleichs wird hauptsächlich nach soziodemographischen Kriterien für jede befragte Person ein Gewichtungsfaktor berechnet, mit welchem anschliessend jede seiner Antworten multipliziert wird. Dahinter steht die Annahme, dass die Stichprobe auf diese Weise auch betreffend der bei der Gewichtung nicht berücksichtigten Eigenschaften zum Abbild der Schweizer Bevölkerung wird. Diese Annahme kann hier allerdings empirisch nicht überprüft werden (König et al. 2005: 127).

Bei der telefonischen und Face-to-face-Befragung sind in die Berechnung der Gewichtungsfaktoren die Kriterien Alter (sechs Altersgruppen: 15-24 Jahre, 25-34 Jahre, 35-44 Jahre, 45-59 Jahre, 60-69 Jahre, 70 Jahre und älter), Geschlecht, Nationalität (Schweizer/innen, Ausländer/innen) und Stichprobenschicht (Kantone, aufgeteilt in 16 Gruppen) eingeflossen. Bei der schriftlichen Befragung wurden zudem der Ausbildungsstand, der subjektive Gesundheitszustand und Sehbehinderungen in die Berechnungen miteinbezogen (BFS 1994a; BFS 1994b; BFS 2003a). Dass heisst nun beispielsweise: Sind in der Telefonstichprobe ausländische Frauen im Alter von 35-44 Jahren und älter – verglichen mit der effektiven Schweizer

Wohnbevölkerung – untervertreten, machen sie nun dank dem Gewichtungungsverfahren den gleichen Anteil in der Stichprobe wie in der Wohnbevölkerung aus.

4.1.3 Einschränkung der Stichprobe auf 30-59jährige Personen

Das zentrale Thema der vorliegenden Arbeit ist der Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit, wobei spezifischen Rollenkonfigurationen eine tragende Rolle zukommt. Es muss also gewährleistet sein, dass alle in die Stichprobe einbezogenen Personen die verschiedenen Rollen – zumindest theoretisch – tatsächlich auch innehaben können. Deshalb ist es notwendig, das Sample bezüglich des Alters einzuschränken, um so die Voraussetzung für Vergleichbarkeit zu schaffen. Als Lebensphase wird analog zu Meyer (2000) die Zeit der Erwerbstätigkeit gewählt. Es gilt, das Alter so festzulegen, dass die grosse Mehrheit der Zielpopulation die erste Berufsausbildung abgeschlossen und die Alterspensionierung noch nicht erreicht hat. Nach diesem Kriterium erweist es sich als ideal, die Stichprobe auf Personen zwischen 30 und 59 Jahren einzuschränken. Die Konsequenz davon ist allerdings, dass sich das Sample um etwa die Hälfte reduziert. Somit verbleiben in der Erhebung von 2002 10'959 Personen, 1992/93 sind es noch 8'032.

4.1.4 Vorzüge und Limitierungen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung

Die Verwendung der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung für diese Studie hat viele Vorteile. Der bedeutsamste Vorteil – neben der hohen Qualität der Daten – ist die grosse Anzahl befragter Personen. Sie erlaubt es, den Datensatz bei Bedarf aufzusplitten um verschiedene Teilbevölkerungsgruppen miteinander zu vergleichen. Zudem wurden viele internationale Standardfragen in den Fragebogen aufgenommen. Dies hat den grossen Vorteil, dass die Befunde mit Studien aus dem Ausland verglichen werden können.

Das Erhebungsdesign birgt für die hier behandelten Fragestellungen allerdings auch einige Probleme. Es ist anzunehmen, dass durch die –forschungsökonomisch absolut plausibel – Beschränkung, die Befragung nur in den drei verbreitetsten Landessprachen durchzuführen, schlecht integrierte Personen mit Migrationshintergrund in dieser Befragung kaum repräsentiert sind. Diese Annahme wird durch die nicht unwesentliche Anzahl Ausfälle durch Sprachprobleme auf der Hauhalts- und Individualebene bestätigt (siehe oben) und es besteht die Befürchtung, dass diese Verzerrung durch das Gewichtungungsverfahren nicht eliminiert werden kann³⁴. Aus einer Reihe Studien ist bekannt, dass die Migrationsbevölkerung besonders häufig grossen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt ist resp. im Falle der „Sans-Papiers“ durch ihren illegalen Aufenthaltsstatus kaum Zugang zum Gesundheitssystem hat (Achermann und Chimienti 2006; BAG 2002; Schweizerisches Rotes 2004). Diese Personengruppen sind in der SGB gar nicht erfasst.

³⁴ Zudem werden bei den multivariaten Analysen mit nicht gewichteten Daten gerechnet (siehe 4.3).

Zudem dürften sozial randständige Personen durch die Voraussetzung, einen festen Wohnsitz mit registriertem Festnetztelefonanschluss zu haben, um in die Stichprobe aufgenommen werden zu können, ebenfalls im Datensatz untervertreten sein. Es ist wichtig, diese Punkte bei der Interpretation der Befunde im Hinterkopf zu behalten, da es sich just auch bei dieser Personengruppe um Menschen mit einem gesundheitsgefährdenden Lebensstil handelt.

4.1.5 Eckdaten bezüglich persönlicher und sozialer Merkmale sowie zentraler sozialer Rollen

Da sich diese Arbeit primär mit den Daten der Befragung von 2002 beschäftigt, wird diese Stichprobe auch bei der Beschreibung der persönlichen und sozialen Merkmalen sowie der zentralen sozialen Rollen im Zentrum stehen. Der Vergleich mit 1992 wird nur bei ganz zentralen Variablen gezogen sowie an Stellen, wo eine bemerkenswerte Veränderung stattgefunden hat. Eine detaillierte, theoriegestützte Auseinandersetzung mit den verschiedenen Variablen findet sich in Kapitel 5 „Konzeptualisierung und Evaluation der Variablen“. Die hier ausgewiesenen Prozentwerte basieren auf gewichteten Daten (vgl. 4.2.1).

Bezüglich der Geschlechterverteilung ist die Stichprobe der Gesundheitsbefragung von 2002 sehr ausgeglichen (Frauen: 49.8; Männer: 50.2%), während 1992/93 die Frauen mit einem Anteil von 51.6% leicht übervertreten sind. Aber auch diese Differenz erweist sich als statistisch nicht signifikant. Ebenso ist das Durchschnittsalter der Frauen und Männer in der Stichprobe nahezu identisch (Frauen: 43.6; Männer 43.5 Jahre). Drei Viertel der Frauen und Männer sind verheiratet und etwa jede sechste Person ist noch ledig (Frauen: 13; Männer 17.8%). Etwas mehr Frauen als Männer leben in Trennung oder sind geschieden (Frauen: 10.5; Männer 7.2%), verwitwet und nicht wieder verheiratet sind in dieser Altersgruppe nur sehr wenige (1.1%).

Mehr als die Hälfte aller Personen verfügt über einen Abschluss der Sekundarstufe II (Frauen: 68.9; Männer 60.4%). Während mehr Frauen als Männer nur die obligatorische Schule besucht haben oder über gar keine formale Bildung verfügen (18.4 vs. 12.2%), verhält es sich auf der Tertiärstufe umgekehrt. Mehr als doppelt so viele Männer wie Frauen haben eine Universität oder Fachhochschule besucht (27.4 vs. 12.7%). Diese Differenz findet sich auch bei den 30-39jährigen Personen, auch hier sind die Männer auf der Tertiärstufe doppelt so häufig vertreten (29 vs. 14.1%). Dasselbe Muster findet sich – auf einem etwas tieferen Niveau – ebenfalls bei der Gruppe der 50-59jährigen Personen (22.3 vs. 11.5%).

Männer verfügen über ein signifikant höheres Haushaltsäquivalenzeinkommen³⁵ als Frauen. Sie sind in beiden überdurchschnittlichen Einkommensgruppen (CHF 4'500-5'999 und über 6'000) übervertreten (20.4% vs. 18.8%; 16.1% vs. 10.6%), während jede dritte Frau mit weniger als CHF 3'000.- auskommen muss. Diese Differenz hängt unter anderem damit zusammen, dass Frauen in der Kleinkind-Phase das Erwerbspensum reduzieren oder für einige Zeit ganz aus dem Berufsleben aussteigen, wodurch sich das Haushaltseinkommen entsprechend reduziert.

Während 93.4% der Männer im Alter von 30-59 Jahren einer bezahlten Arbeit nachgehen, trifft dies nur auf 71.1% der Frauen zu. Werden die Personen mit mindestens einem Halbtagspensum betrachtet, so öffnet sich die Schere noch weiter. 92.2% der Männer arbeiten mindestens 50%, bei den Frauen sind dies mit 50.5% fast nur halb so viele. Hingegen ist der Anteil Frauen und Männer, der mit mindestens einem Kind zusammen wohnt gleich hoch (59.7 vs. 58.9%) und auch der Anteil Personen, der mit einem Partner zusammen lebt, ist bei beiden Geschlechtern praktisch identisch hoch (Frauen: 80.6 vs. Männer 82.3%). Entsprechend ist die Verteilung der Frauen und Männer auf die verschiedenen Rollen teils ähnlich, teils stark unterschiedlich.

Tabelle 4-2: Anteil Rollenträgerinnen und Rollenträger 1992/93 und 2002, in Prozent

	2002		1992	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Berufsrolle	50.5	92.2	38.1	94.0
Elternrolle	59.7	58.9	49.9	55.8
Partnerrolle	80.6	82.3	77.0	76.0
n	5'875	5'084	4'298	3'734
	1'959		8'032	

Quelle: SGB 1992/93 und 2002.

4.2 Auswertungsverfahren

Der vorliegende Abschnitt bietet einen Überblick über die angewandten statistischen Verfahren, wie sie in den nachfolgenden Analysen zur Anwendungen kommen. Dabei wird zwischen Methoden der deskriptiven und der schliessenden Statistik unterschieden. Es ist wichtig zu erwähnen, dass nur bei ersteren Verfahren mit den Gewichtungsfaktoren gerechnet wird. Da das Interesse bei Modellen der schliessenden Statistik nicht auf die Darstellung korrekter Verteilungen in der Bevölkerung, sondern auf das Finden empirischer Zusammenhänge zwischen askriptiven und deskriptiven Merkmalen und Gesundheit zielt. Das Einführen der Gewichtungsfaktoren in die Modelle würde diese Zusammenhänge eher verschleiern.

³⁵ Summe aller Einkommen gewichtet nach der Anzahl im Haushalt lebenden Personen. Für die genaue Konstruktion siehe BFS, Bundesamt für Statistik. o.J.-b. "Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/93. Antwortquoten der privaten Haushalte." Neuchâtel: Bundesamt für Statistik, Sektion Gesundheit (CD-Rom).

4.2.1 Häufigkeitsverteilungen und Korrelationen

Auf der Ebene einfacher Häufigkeitsverteilungen werden die jeweiligen Prozentwerte aufgeführt. Die ausgewiesenen Prozentangaben beruhen auf den gewichteten Daten (vgl. 4.1.2). Bei jeder Tabelle oder Abbildung wird bei der Quellenangabe zudem die effektive Anzahl Befragter vermerkt, die den jeweiligen Auswertungen zu Grunde liegt. Diese Angaben zu den Fallzahlen beruhen also immer auf den ungewichteten Daten. Falls die Anzahl Befragter in einer einzelnen Zelle weniger als 30 Fälle beträgt, wird die jeweilige Prozentangabe in Klammern aufgeführt. Bei weniger als 10 Befragten erscheint statt des Prozentwerts ein *.

Bei der Analyse bivariater Zusammenhänge werden Signifikanztests und Korrelationskoeffizienten auf der Basis der ungewichteten Daten berechnet. Bei der Festlegung der Signifikanz wird auf die beiden üblichen Signifikanzniveaus – 95%-Niveau (signifikant) und 99%-Niveau (hoch signifikant) – abgestellt. Um neben der Angabe zur Signifikanz einer Assoziation auch Aussagen über die Stärke eines Zusammenhangs machen zu können, werden je nach Skalenniveau unterschiedliche Zusammenhangsmasse berechnet. Dabei wird bei nominalskalierten Variablen auf Cramer's V (V), bei ordinalskalierten Daten auf das Gamma von Goodman und Kruskal (γ) und bei mindestens intervallskalierten Variablen auf die Produkt-Moment-Korrelation von Pearson (r) zurückgegriffen. Die genannten Korrelationskoeffizienten können Werte zwischen 0 (kein Zusammenhang zwischen den beiden Variablen) und 1 bzw. –1 (perfekte Beziehung zwischen den beiden Variablen) annehmen.

4.3 Logistische Regressionen

Für die multivariaten Auswertungen wird das Verfahren der logistischen Regressionsanalyse verwendet. Die Wahl dieses Verfahrens empfiehlt sich hier, da die Abhängigkeit dichotomer Variablen von einer Reihe unabhängiger Variablen, die unterschiedliche Skalenniveaus aufweisen, untersucht werden soll. Bei den dichotomen Variablen handelt es sich hier um ein Ereignis (hier guter Gesundheitszustand), das eintreten kann oder nicht. Mit der binären logistischen Regression wird die Wahrscheinlichkeit des Eintreffens des Ereignisses in Abhängigkeit von den Werten der unabhängigen Variablen erfasst. Die Wahrscheinlichkeit für das Eintreffen des Ereignisses wird dabei nach folgendem Ansatz berechnet:

$$p = \frac{e^z}{1 + e^z} \text{ bzw. } p = \frac{1}{1 + e^{-z}} \text{ mit: } e = 2.71828182 \text{ (Eulersche Zahl).}$$

Dabei gilt: $z = \beta_0 + \beta_1 \cdot x_1 + \beta_2 \cdot x_2 + \dots + \beta_n \cdot x_n + \alpha$

x_i sind die Ausprägungen der unabhängigen Variablen, β_i die Koeffizienten, die anhand der logistischen Regression ermittelt werden und α ist die Konstante resp. der Achsenabschnitt auf der y-Achse. Bei einem p -Wert grösser/gleich 0.5 wird angenommen, dass das Ereignis eintritt.

Bei den hier verwendeten Regressionen werden die unabhängigen Variablen anhand der Einschussmethode theoriegeleitet, stepwise ins Schätzmodell eingeführt. Da die Mehrzahl der unabhängigen Variablen nominal skaliert ist, werden sie als kategoriale Variablen ins Modell aufgenommen, wobei jeweils die Ausprägung als Referenzkategorie gewählt wird, welche in der bivariaten Analyse mit der abhängigen Variable den höchsten Prozentwert (guter Gesundheit) ausweist.

Die Güte der Anpassung des Regressionsmodells wird mit der Likelihood-Funktion beurteilt. Dabei wird als das Mass der negative doppelte Wert des Logarithmus (-2LL) benutzt. Um festzustellen, ob das Modell durch die Aufnahme zusätzlicher unabhängiger Variablen eine signifikante Verbesserung bezüglich seiner Erklärungskraft erreichen konnte, wird der Chi-Quadrat-Wert ausgewiesen. Zudem wird Nagelkerkes R-Quadrat als Masszahl für die durch die logistische Regression erklärte Varianz ausgewiesen.

4.4 Zeitvergleich und Interaktionseffekte

Unter anderem interessiert es, ob sich der Zusammenhang zwischen den abhängigen und den unabhängigen Variablen zwischen 1992 und 2002 verändert hat. Einerseits geschieht dies für das gesamte Schätzmodell durch das Verwenden einer Zeit-Dummy Variable. Aus den unabhängigen Variablen werden durch Multiplikation mit der Zeit-Dummy Variable Zeit-Interaktionsvariablen gebildet. Auf diese Weise kann geschätzt werden, ob sich der Einfluss einer bestimmten unabhängigen Variablen über die Zeit verändert hat (Hagenaars 1990).

Dies sieht dann folgendermassen aus:

$$z = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_t + \beta_3 (x_1 x_t) + \alpha$$

x_i sind nach wie vor die Ausprägungen der unabhängigen Variablen (bsp. x_1 für Einkommen), β_i die Koeffizienten. Zusätzlich wird nun der Zeitterm x_t eingeführt. Das Produkt $x_i x_t$ (Einkommen x Zeit) ist nun der Interaktionsterm, dessen Wirkung der Koeffizient β_3 reflektiert (Jaccard 2001).

Umgesetzt in dieser Studie bedeutet dies, dass in einem ersten Schritt betrachtet wird, welche unabhängigen Variablen signifikante Beiträge für die Voraussage des Eintretens des Ereignisses „gute Gesundheit“ leisten können. Im zweiten Schritt wird der Zeitterm x_t eingeführt, der schätzt, ob sich gesamthaft betrachtet über die Zeit der Zusammenhang verändert hat. Ist der entsprechende Schätzer signifikant positiv, so bedeutet dies, dass die Wahrscheinlichkeit erhöht wird, dass die abhängige Variable den Wert 1 – also gute Gesundheit – annimmt. Signifikant negative Schätzer geben hingegen eine Verringerung der Wahrscheinlichkeit an.

Schliesslich werden verschiedene Zeit-Interaktionsterme in das Modell eingeführt. Diese sind so gewählt, dass der Effekt bestimmter unabhängiger Variablen in den zwei Erhebungszeitpunkten

verglichen werden kann. Dadurch wird also beispielsweise möglich, zu sehen ob sich der Einfluss des Merkmals „geringe Schulbildung“ auf die Gesundheit über die Zeit verändert hat.

Das analoge Vorgehen wird an weiteren Stellen auch für die Messung anderer Interaktionseffekte – wie etwa den Effekt des Einkommensniveaus auf den Zusammenhang zwischen Rollenkonfiguration und Gesundheit – angewendet.

4.4.1 Kohorteneffekte

Die Schweizerischen Gesundheitsbefragungen sind Querschnitt- und keine Panelerhebungen. Somit ist es auf der Individualebene nicht möglich, die Konsequenzen bestimmter Ereignisse wie beispielsweise der Tod eines Familienmitglieds oder gesamtgesellschaftliche Veränderungen für die Gesundheit zu untersuchen. Mit der Verwendung mehrerer Befragungswellen können jedoch Kohortenanalysen durchgeführt werden. Dieses Verfahren wird angewendet wenn es darum geht eine Kohorte, also Gruppe von Individuen, die beispielsweise zur gleichen Zeit (Jahr, Jahrzehnt etc.) geboren ist über die Zeit zu beobachten (Hagenaars 1990: 314 ff.). In der Forschung werden Kohortenanalysen in der Regel durchgeführt, um die Effekte von Alter, Zeit und Geburtskohorte unterscheiden zu können. Es wird also untersucht, auf welche Weise Prozesse gesellschaftlicher Veränderungen mit dem sich kontinuierlich vollziehenden Generationenwechsel zusammen hängen (Converse 1976; Hagenaars und Cobben 1978; Ryder 1965).

Betrachten wir nun die SGB so finden sich eine ganze Reihe von Kohorten, die in den verschiedenen Wellen vertreten sind. Mit jeder Erhebung findet gewissermassen eine neue Kohorte Zugang, während gleichzeitig Menschen aus dem Leben und somit aus der Stichprobe scheiden. Wie erwähnt, kann dabei aber nicht von der so genannten Panel-Mortalität gesprochen werden, da es sich ja nicht um Panelerhebungen handelt. Dennoch sollen in den folgenden Analysen allfällige Kohorteneffekte mitberücksichtigt werden.

In Tabelle 4-3 sind jeweils die Alterskohorten in Zehnjahresschritten abgebildet. Die sich entsprechenden Kohorten sind durch die gleich Anzahl * gekennzeichnet. Grau hinterlegt sind die beiden Kohorten, die in den beiden hier verwendeten Teilstichproben vertreten sind.

Tabelle 4-3: Alterskohorten 1992 und 2002, in Jahren

T1 (1992)	T2 (2002)
20-29*	20-29
30-39**	30-39*
40-49***	40-49**
50-59****	50-59***
60-69*****	60-69****
70+*****	70+*****

5 KONZEPTUALISIERUNG UND EVALUATION DER VARIABLEN

5.1 Über die Schwierigkeit des Erfassens von Gesundheit

Der Blick in die Literatur macht deutlich, dass derzeit keine allgemein anerkannte Definition von Gesundheit und Krankheit existiert (Siegrist 2005; Zemp-Stutz und Buddeberg-Fischer 2004; Ziegelmann 2002), sondern vielmehr beide Begriffe je nach kulturellem Hintergrund und Betrachtungsweise (medizinisch, psychologisch, soziologisch, philosophisch, juristisch etc.) unterschiedlich definiert werden. Dieser Umstand macht es entsprechend schwierig, die Gesundheit einer Person für die vergleichende Empirie fassbar zu machen (Macintyre 1994).

In dieser Arbeit liegt das Augenmerk primär auf der individuellen, subjektiven Wahrnehmung der eigenen Gesundheit. Unter anderem beinhaltet auch die 1947 von der Weltgesundheitsorganisation lancierte Definition von Gesundheit als „Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen“ eine stark subjektive Perspektive.

Konzeption und Erfassung der subjektiven Gesundheit

Verschiedene Disziplinen wie die Medizin, die Psychologie und auch die Gesundheitssoziologie kennen verschiedene Konzepte wie „subjektive Gesundheit“, „Gesundheitsbezogene Lebensqualität“ oder einfach „Wohlbefinden“, die nur schwer voneinander zu unterscheiden sind (Radoschewski 2000; Schuhmacher, Klaiberg und Brähler 2003) und deshalb hier synonym verwendet werden, wenn von subjektiver Gesundheit die Rede ist (vgl. Erhart, Wille und Ravens-Sieberer 2006; Leplege und Hunt 1997). Im Gegensatz zu Kriterien wie beispielsweise die Überlebenszeit, Laborwerten, Funktionstests oder klinischen Beobachtungen bietet die Berücksichtigung der subjektiven Gesundheit den Vorteil, die für viele Aspekte – wie z.B. Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, Compliance (Dominick et al. 2002) wie auch die Vorhersage von Mortalität (Idler et al. 2004) – relevante Sichtweise der Betroffenen zu erfassen.

Ein für die Erfassung der subjektiven Gesundheit wichtiger konzeptueller Aspekt ist, dass es sich um ein latentes, nicht direkt beobachtbares Konstrukt handelt, welches nur indirekt über Indikatoren operationalisiert und gemessen werden kann (Schuhmacher, Klaiberg und Brähler 2003). Auf konzeptioneller Ebene lassen sich nach Erhart und Mitarbeiter (2006) dabei drei für die Operationalisierung der subjektiven Gesundheit bedeutende Modelle unterscheiden: (1) Operationales, (2) Individualisiertes und (3) Nutzentheoretisches Modell.

Beim *operationalen Modell* wird davon ausgegangen, dass die subjektive Gesundheit ein komplexes, abstraktes und mehrdimensionales Konstrukt darstellt. Obwohl keine einheitliche Definition

existiert, besteht ein internationaler Konsens darin, dass „körperliche, psychische und soziale Dimensionen von Gesundheit aus der individuellen Sicht des Betroffenen bei der Erfassung des Konstruktes [...] berücksichtigt werden müssen (Büchi und Scheurer 2004: 435). Es wird dabei angenommen, dass die subjektive Gesundheit einer Person anhand einer begrenzten Anzahl von Dimensionen messbar und somit mit der Gesundheit anderer Personen vergleichbar ist. Die meisten derzeit verwendeten Messverfahren basieren auf dieser Modellvorstellung, indem sie Instrumente mit fester Itemvorgabe und geschlossenen Antwortkategorien, die nach einer bestimmten Vorschrift in Zahlenwerte kodiert und zu Messwerten zusammengerechnet werden, verwenden (Erhart, Wille und Ravens-Sieberer 2006).

Anders sieht das aus nach dem *individualisierten Modell*. Hier wird davon ausgegangen, dass die Lebensqualität in ihren relevanten Dimensionen von Person zu Person fundamental variiert und deshalb nicht verglichen werden kann. Es ist lediglich möglich, die wahrgenommene Gesundheit intraindividuell zu beschreiben. „Eine über Personen hinausgehende Definition und Operationalisierung der Lebensqualität müsste die Differenzen zwischen den angestrebten individuellen Zielen und ihrer Realisierung erfassen, z.B. die Differenz zwischen Ist und Soll des individuellen Gesundheitszustandes [...] ausserdem die individuelle Wahrnehmung von Lebenssituationen im Kontext von Kultur und Wertesystem des betroffenen Menschen“ (Erhart, Wille und Ravens-Sieberer 2006: 325). Aus dieser individualisierten Definition wurden Messverfahren mit individueller Vorgabe und Gewichtung von Problembereichen zur Erfassung der subjektiven Gesundheit konzipiert.

Ein dritter Ansatz zur Definition resp. Messung der subjektiven Gesundheit stellen die so genannten *nutzentheoretischen oder Präferenzwertverfahren* (Utility Modell, Kaplan 1989) dar. Diese stehen in der Tradition der Spieltheorie (Neumann und Morgenstern 2004 (1944)). Ein zentraler Aspekt dieses Ansatzes ist die Bewertung von verschiedenen Gesundheitszuständen bzw. das Abwägen zwischen Lebens-Qualität und Lebens-Quantität. Auf die verschiedenen psychometrischen Techniken die hierfür entwickelt wurden, soll hier nicht im Detail eingegangen werden. Einerseits kommen sie in den verwendeten Modellen nicht zur Anwendung und zudem fallen die empirischen Befunde zu den Präferenzwertverfahren wenig positiv aus. Die Korrelationen der Messresultate mit verschiedenen theoretisch relevanten Prädiktoren subjektiver Gesundheit wie z.B. dem Krankheitsschweregrad, den Komorbiditäten, Depressionen, Labordaten, der sozialen Unterstützung und dem sozioökonomischen Status (Maor et al. 2001). Dies stellt die Brauchbarkeit von Präferenzwertverfahren zur Aufdeckung der Bedeutung sozialer Ungleichheit allgemein in Frage. Ein verwandtes aber deutlich vielversprechenderes Verfahren ist die Frage nach der Einschätzung des allgemeinen eigenen Gesundheitszustandes mit Antwortvorgaben wie beispielsweise „sehr gut“ bis „sehr schlecht“. Die Brauchbarkeit dieser Universalfrage zur selbsteingeschätzten Gesundheit konnte in einer ganzen Reihe von Untersuchungen nachgewiesen werden. Starke Belege fanden sich für die prädiktive Qualität globaler selbsteingeschätzter Gesundheit hinsicht-

lich zukünftiger Gesundheits-Ereignisse, insbesondere aber auch das Überleben (vgl. Idler und Benyamini 1997).

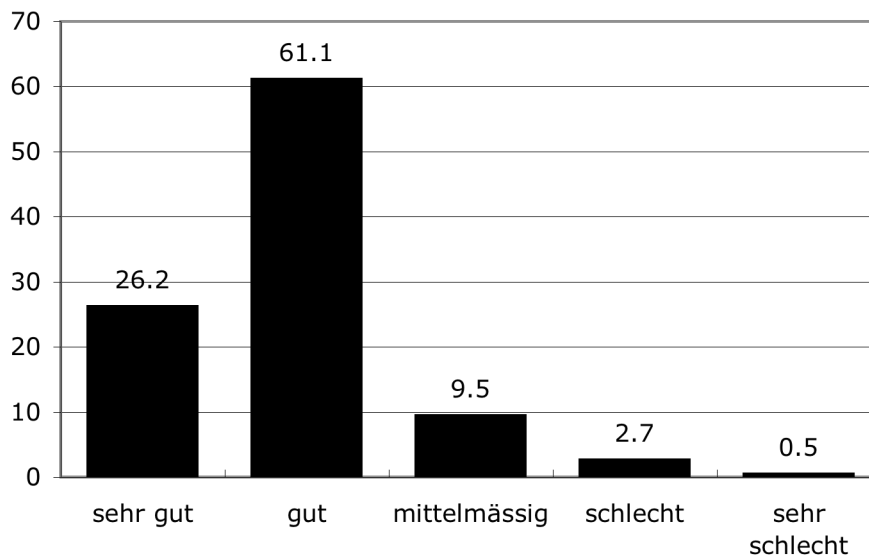
5.1.1 Verwendete Konzepte zur Messung von Gesundheit

In dieser Untersuchung wird der Zusammenhang zwischen sozialen Determinanten und Gesundheit anhand von vier unterschiedlichen Dimensionen betrachtet. Einerseits wird die selbst-eingeschätzte Gesundheit anhand der Universalfrage: „Wie geht es Ihnen zur Zeit gesundheitlich?“ erfasst. Weiter wird anhand einer Reihe von Fragen über verschiedene Beschwerden die auf psychosoziale Belastungen schliessen lassen ein Index gebildet. Dieser Indikator soll eine konkretere Dimension von Wohlbefinden abdecken. Des weitem wird ein Index nach dem operationalen Modell für die Erfassung der psychischen Ausgeglichenheit verwendet und als Indikator für gesundheitsrelevantes Verhalten wird das Rauchverhalten in die Untersuchungen miteinbezogen. Diese vier verschiedenen Dimensionen und Annäherungsweisen sollen das Konzept Gesundheit möglichst breit abdecken. Auf die konkret verwendeten Variablen wird im Folgenden detailliert eingegangen.

„Wie geht es Ihnen zurzeit gesundheitlich?“

Die Antworten auf die Frage nach dem aktuellen Wohlbefinden: „Wie geht es Ihnen zurzeit gesundheitlich?“ bilden die in dieser Studie zentrale Variable „selbstwahrgenommener Gesundheitszustand“. Die befragten Personen konnten auf diese, im telefonischen Interview gestellte Einstiegsfrage frei antworten. Die gegebene Auskunft wurde vom Interviewer in eine der fünf Kategorien „sehr gut“, „gut“, „mittelmässig“, „schlecht“ und „sehr schlecht“ übertragen. Diese Variablenkonstruktion basiert also auf einem nutzentheoretischen Mess-Modell (siehe oben).

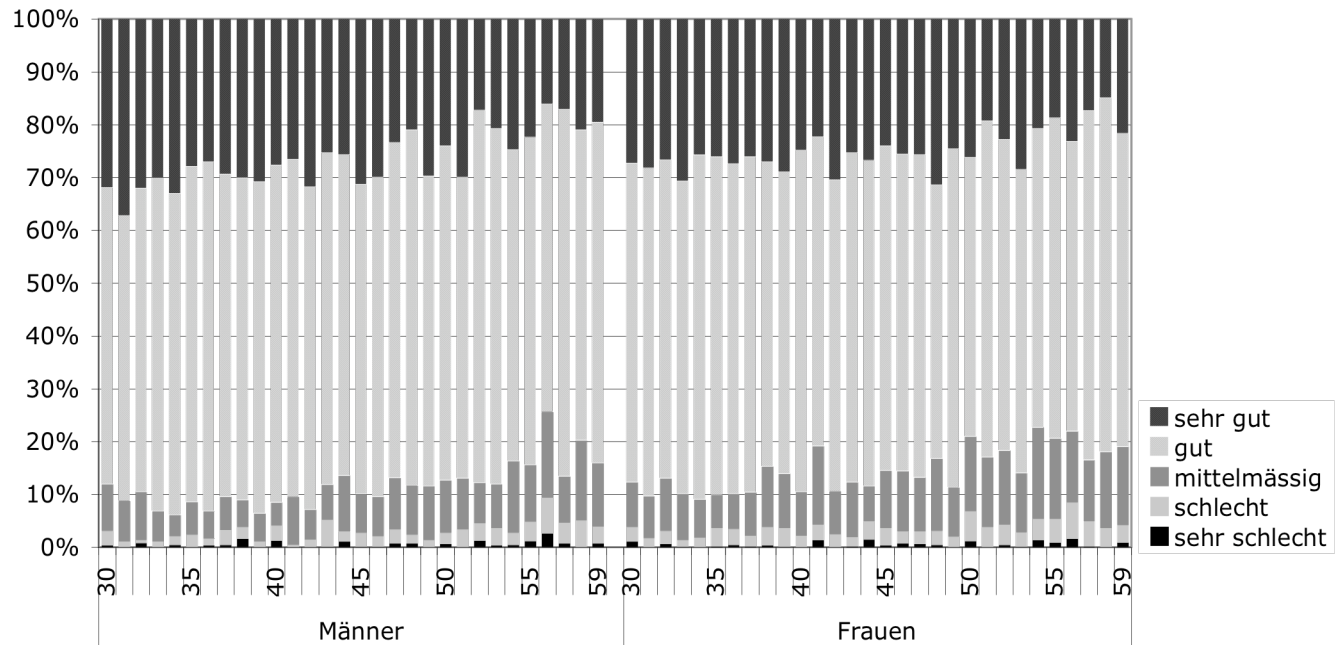
Abbildung 5-1 zeigt deutlich auf, dass sich die grosse Mehrheit der befragten Personen gut bis sehr gut fühlt. Nur jedem Zehnten geht es mittelmässig und eine kleine Minderheit gibt an, es gehe ihr schlecht oder sogar sehr schlecht. In der Mehrheit der geschätzten empirischen Modelle wird diese Variable in einer dichotomisierten Variante verwendet. Dabei werden Personen mit gutem und sehr gutem jenen mit mittelmässigen bis sehr schlechtem Gesundheitszustand gegenübergestellt. Für die optimale Transparenz bezüglich der verwendeten Variablen und Interpretierbarkeit der Befunde ist in der Beschriftung oder Quellenangabe der Tabellen und Abbildungen die konkret verwendete Variable jeweils vermerkt.

Abbildung 5-1: Selbstwahrgenommener Gesundheitszustand, in Prozent

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992 und 2002, n= 18'988

Wird die selbstwahrgenommene Gesundheit unterschieden nach Geschlecht und Altersgruppen betrachtet, so ist augenfällig, dass der Anteil Personen mit mittelmässiger bis sehr schlechter Gesundheit bei den Frauen etwas höher ist als bei den Männern und mit dem Alter tendenziell zunimmt. Aus diesem Grund werden in der Folge Geschlecht und Alter jeweils als Kontrollvariablen in die Schätzmodelle eingeführt und wo es inhaltlich Sinn macht, werden die Modelle für Frauen und Männer getrennt oder die Geschlechtsvariable wird als Interaktionsvariable integriert.

Abbildung 5-2: Selbstwahrgenommener Gesundheitszustand nach Geschlecht und Alter, in Prozent



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992 und 2002,
n= 8'817 Männer; 10'171 Frauen

Körperliche Beschwerden (Index)

Die zweite Variable, die Auskunft über den Gesundheitszustand geben soll, ist als Index konstruiert und basiert somit auf einem operationalen Modell. Die Befragten wurden gefragt, ob sie in den letzten vier Wochen:

- Rücken- oder Kreuzschmerzen,
- allgemeine Schwäche, Müdigkeit, Energielosigkeit,
- Schmerzen oder Druckgefühl im Bauch,
- Durchfall, Verstopfung oder beides,
- Einschlaf- oder Durchschlafstörungen,
- Kopfschmerzen, Druck im Kopf oder Gesichtsschmerzen,
- Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern,
- Schmerzen oder Druck im Brustbereich oder
- Fieber gehabt hätten.

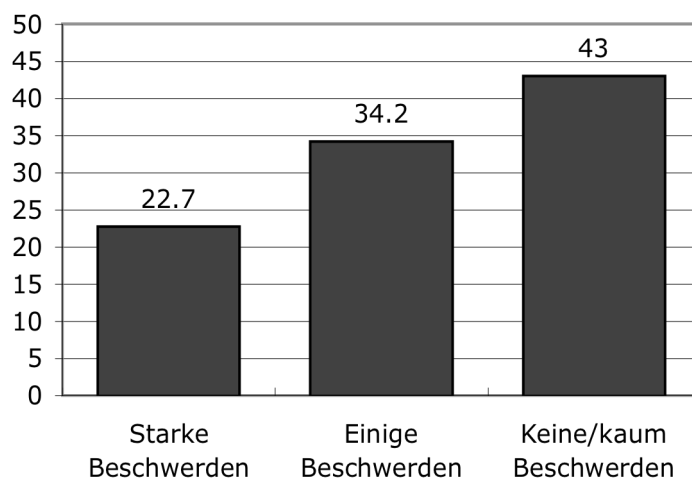
Als Antwortkategorien waren „überhaupt nicht“ (Code 1), „ein bisschen“ (2) oder „stark“ (3) möglich. Die genannten Beschwerden können die Folge von starken psychosozialen Belastungen sein, sie können aber auch im Zusammenhang mit einer akuten Erkrankung stehen (König et al. 2005). Um unterscheiden zu können, was die Ursache für das Entstehen der Beschwerden war,

wurden Personen, bei denen die Symptome gleichzeitig mit Fieber aufgetreten sind aus dem Index ausgeschlossen (BFS 2003c).

Der Index wird konstruiert, indem die Ausprägungen bei den acht gesundheitlichen Störungen addiert werden. Eine Person, die in den vier Wochen vor der Befragung frei von jeglichen Beschwerden war, erhielt also den Minimalwert 8; 24 wäre der Extremwert, wenn eine Person unter allen Beschwerden stark zu leiden hatte. Dieses Szenario ist wohl äusserst selten und in den Befragungen gibt es auch keine Person, mit dieser für das Wohlbefinden äusserst ungünstigen Konstellation³⁶. Personen mit mindestens vier verschiedenen leichten Beschwerden, oder mindestens einer starken und einer leichten werden durch die Indexierung in die Kategorie „starke Beschwerden“ überführt. Personen mit einer starken oder drei leichten gesundheitlichen Störungen gehören zu mittleren Kategorie „einige Beschwerden“ und Personen, welche ganz beschwerdenfrei waren oder allenfalls ein bisschen unter etwas zu leiden hatten, werden der Kategorie „keine/kaum Beschwerden“ zugewiesen.

Betrachten wir nun die Verteilung der drei durch die Indexierung gebildeten Kategorien, so zeigt sich, dass knapp ein Viertel aller Personen mit starken gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu leben hatten, während etwas weniger als die Hälfte sich über mindestens vier weitgehend beschwerdefreie Wochen erfreuen durfte.

Abbildung 5-3: Körperliche Beschwerden in Abwesenheit von Fieber, in Prozent



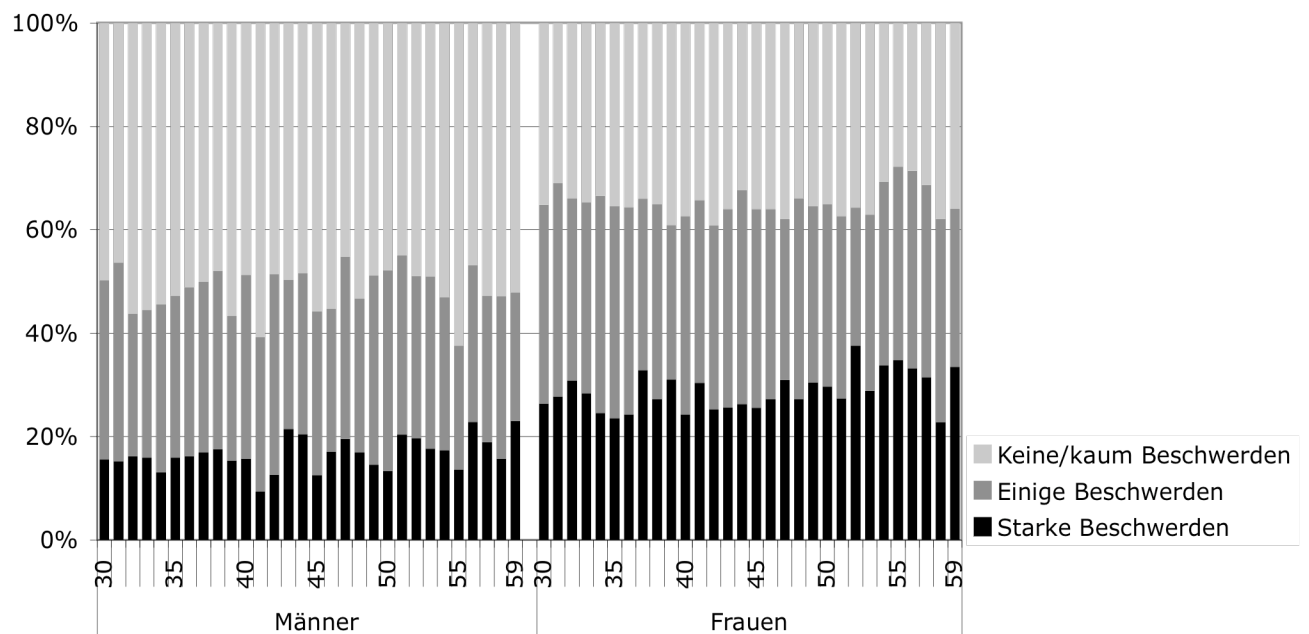
Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992 und 2002, n= 17'719

Wird das Ausmass von körperlichen Beeinträchtigungen zwischen Frauen und Männern verglichen, so fällt primär auf, dass deutlich mehr Frauen als Männer angeben, mit Beschwerden kon-

³⁶ Eine Person mit solch massiven Beschwerden wäre allenfalls im Spital zu finden. Diese Personen wurden aber in der Gesundheitsbefragung nicht berücksichtigt (vgl. Kapitel 4).

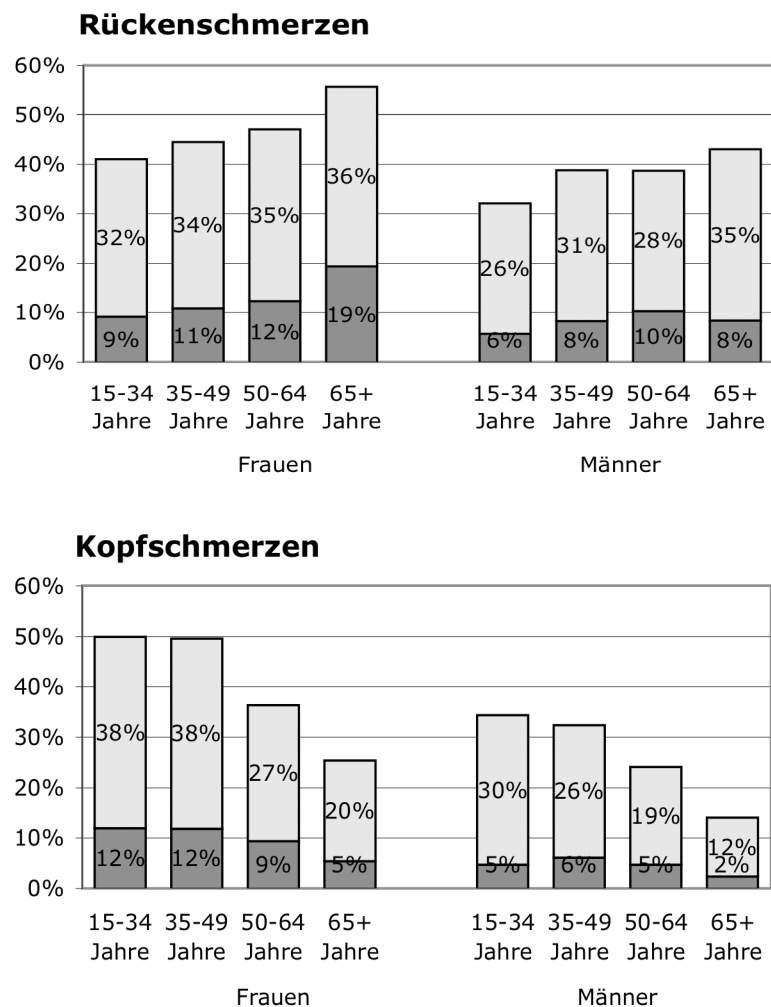
frontiert gewesen zu sein, und zwar unabhängig von der betrachteten Altersgruppe. Des weiteren ist bemerkenswert, dass die Intensität und Häufigkeit der Beschwerden auch in höherem Alter, im Unterschied zu der allgemein wahrgenommenen Gesundheit, nahezu konstant bleibt (vgl. Abbildung 5-4). Werden allerdings die verschiedenen Beschwerden getrennt betrachtet, so zeigt sich, dass der Anteil Personen mit Rückenschmerzen mit zunehmendem Alter beträchtlich zunimmt, während der mit Kopfschmerzen markant zurück geht (vgl. Abbildung 5-5).

Abbildung 5-4: Körperliche Beschwerden in Abwesenheit von Fieber nach Geschlecht und Alter, in Prozent



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992 und 2002, n= 8'817 Männer; 10'171 Frauen

Abbildung 5-5: Anteil Frauen und Männer mit Rücken- und Kopfschmerzen unterschieden nach Altersgruppen, in Prozent



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n= 19'693 Rückenschmerzen; 19'688 Kopfschmerzen.

In den multivariaten Analysen wird die Variable „körperliche Beschwerden“ dichotomisiert in „einige und starke“ vs. „keine und kaum Beschwerden“ verwendet.

Psychische Gesundheit (Index)

Die psychische Dimension von Gesundheit ist in den letzten Jahren auf der nationalen und internationalen Ebene vermehrt ins Rampenlicht der Gesundheitspolitik gerückt worden. Einerseits hängt dies damit zusammen, dass psychisch Kranke allmählich nicht mehr stigmatisiert werden und andererseits damit, dass in den letzten Jahren die Anzahl psychiatrischer Hospitalisationen und ambulanter psychischer oder psychotherapeutischer Behandlungen kontinuierlich zunahm. Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium hat 2003 zu diesem Thema ein Monitoring veröffentlicht, welches eine aktuelle Übersicht über bestehende Untersuchungen in der Schweiz bietet (Rüesch und Manzoni 2003).

Die Weltgesundheitsorganisation WHO widmet den World Health Report 2001 ausschliesslich der psychischen Gesundheit. Die WHO hat sich bei ihrer Gründung mit der Definition von Gesundheit als „a state of complete physical, mental und social well-being“ dem psychischen Wohlbefinden den gleichen Stellenwert eingeräumt, wie dem körperlichen und sozialen Wohlbefinden. Im World Health Report (2001) fordert die WHO die Gesundheitspolitiker konkret auf, psychische Krankheit vermehrt in die gesundheitspolitischen Massnahmen- und Präventionsprogramme einzubeziehen.

Diesem Aufruf der WHO soll hier gefolgt werden, indem anhand eines Indexes, bestehend aus Fragen über die psychische Ausgeglichenheit³⁷ die psychische Dimension von Gesundheit mitberücksichtigt wird. Der besagte Index basiert, ebenso wie jener für körperliche Beschwerden, die mit psychosozialen Belastungen zusammenhängen können, auf einem operationalen Messmodell.

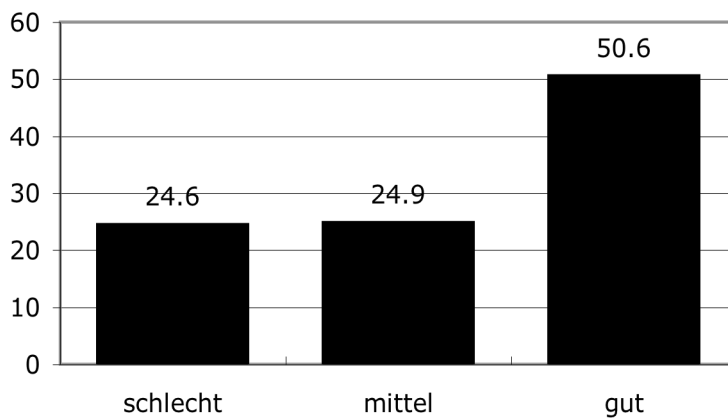
Im telefonischen Interview wurde gefragt: „Wenn Sie an die letzte Woche denken, an wie vielen Tagen etwa sind Sie

- niedergeschlagen oder verstimmt,
- ruhig, ausgeglichen und gelassen,
- angespannt, gereizt oder nervös und
- voll Kraft, Energie und Optimismus gewesen?“

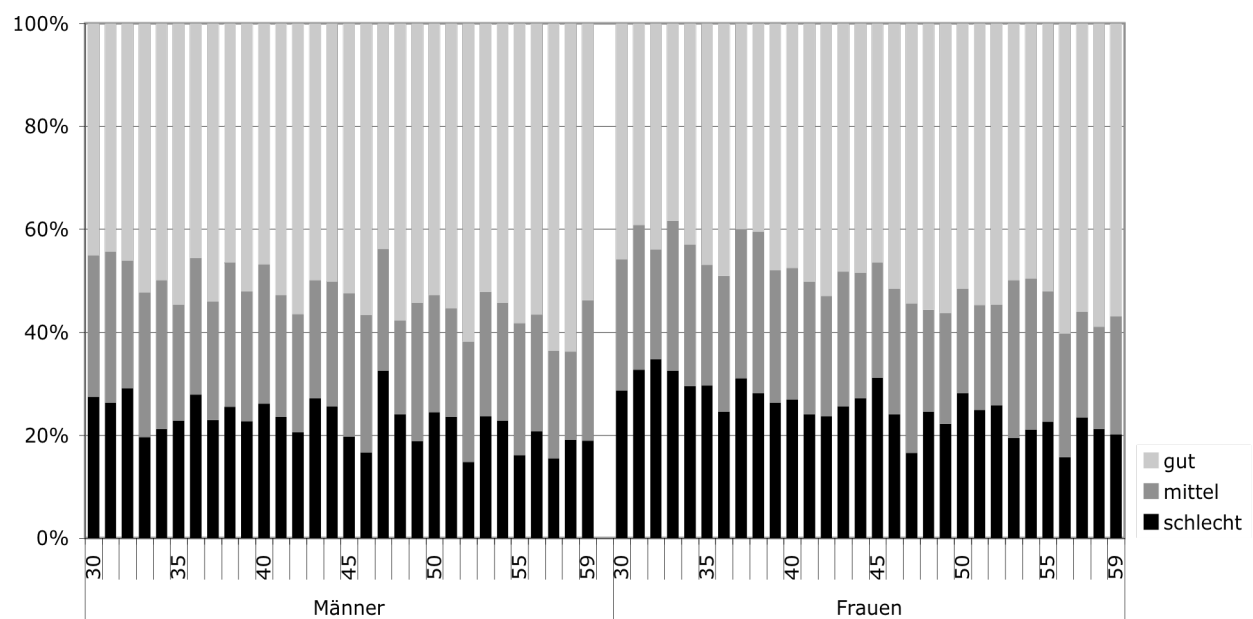
Als Antwortmöglichkeiten standen die Kategorien (1) „praktisch jeden Tag“, (2) „an 3-4 Tagen“, (3) „an 1-2 Tagen“ und (4) „nie“ zur Verfügung. Durch Zusammenzählen der Ausprägungen wurde erneut ein Summenindex gebildet, wobei die zweite und vierte Frage in der Codierung gedreht wurden. Somit war die psychische Ausgeglichenheit einer Person mit einem tiefen Indexwert (4-12 Punkte) schlecht, Personen mit einem mittleren Wert (13-14 Punkte) fühlten sich in der Woche vor der Befragung psychisch mittelmässig und Personen mit einem hohen Summenwert (15-16) erfreuten sich eines guten psychischen Wohlbefindens (BFS 2003c).

Jede zweite Person in der Schweiz im Alter zwischen 30 und 59 Jahren fühlt sich selten oder nie niedergeschlagen, angespannt, gereizt oder nervös. Vielmehr gibt sie an, praktisch täglich ruhig, ausgeglichen, gelassen, voller Kraft, Energie und Optimismus zu sein. Dies sind doppelt so viele wie Personen, wie diejenigen, die von schlechter psychischer Ausgeglichenheit betroffen sind (vgl. Abbildung 5-6). Mit dem Alter verringert sich der Anteil Personen mit mittelmässiger und schlechter psychischer Ausgeglichenheit, sowohl bei den Frauen wie auch bei den Männern (vgl. Abbildung 5-7).

³⁷ „Der Index wurde für 2002 umbenannt von „Psychisches Wohlbefinden“ zu „Psychische Ausgeglichenheit“ BFS, Bundesamt für Statistik. 2003c. "Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. Indices: Beschreibung und Konstruktion." Neuchâtel: Bundesamt für Statistik, internes Dokument.

Abbildung 5-6: Psychische Ausgeglichenheit, in Prozent

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992 und 2002, n= 18'007

Abbildung 5-7: Psychische Ausgeglichenheit nach Geschlecht und Alter, in Prozent

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992 und 2002, n= 8'215 Männer; 9'792 Frauen.

In den multivariaten Analysen wird die Variable psychische Gesundheit dichotomisiert als „niedrig und mittleres“ vs. „hohe psychische Ausgeglichenheit“ verwendet.

Rauchen

Wie in Kapitel 3 beschrieben, gehen verschiedene Ansätze zur Erklärung von gesundheitlicher Ungleichheit von schichtspezifischen Differenzen beim gesundheitsrelevanten Verhalten aus. Als Indikator für eine gesundheitsschädigende Lebensweise wird in den Untersuchungen das Rauchverhalten betrachtet. Dieser Indikator bietet sich für die Betrachtung der sozial ungleichen Verteilung von gesundheitsschädigendem Verhalten besonders gut an, da einerseits wissenschaftlich gut dokumentiert ist, dass Rauchen in den westlichen Industriegesellschaften zu den häufigsten Ursachen für Krankheit, Invalidität und (frühzeitigen) Tod zählt. Es wird geschätzt, dass etwa ein Drittel aller Todesfälle bei Menschen zwischen 35 und 65 Jahren direkt oder indirekt durch Tabakrauchen verursacht wird. In der Schweiz sind dies rund 8300 Todesfälle pro Jahr (SFA 2004). Zudem lässt sich der Tabakkonsum vergleichsweise zuverlässig erfragen.

Tabelle 5-1 bietet einen Überblick über den Tabakkonsum in der Bevölkerung. Ein Drittel der Schweizer Bevölkerung im Alter zwischen 30 und 59 Jahren raucht mindestens gelegentlich Tabakprodukte (Zigaretten, Zigarren, Zigarillos oder Pfeife), wobei zwei Drittel zu den starken Rauchern (10 und mehr Zigaretten am Tag) gezählt werden muss. Der Anteil Rauchender variiert jedoch zwischen den Geschlechtern und den verschiedenen Altersgruppen. Männer rauchen mehr als Frauen (32.7% vs. 28.5%). Abbildung 5-8 zeigt, dass bei den Männern der Anteil Rauchender kontinuierlich abnimmt, während er bei den Frauen bis 40 Jahre ansteigt und erst danach zurückgeht.

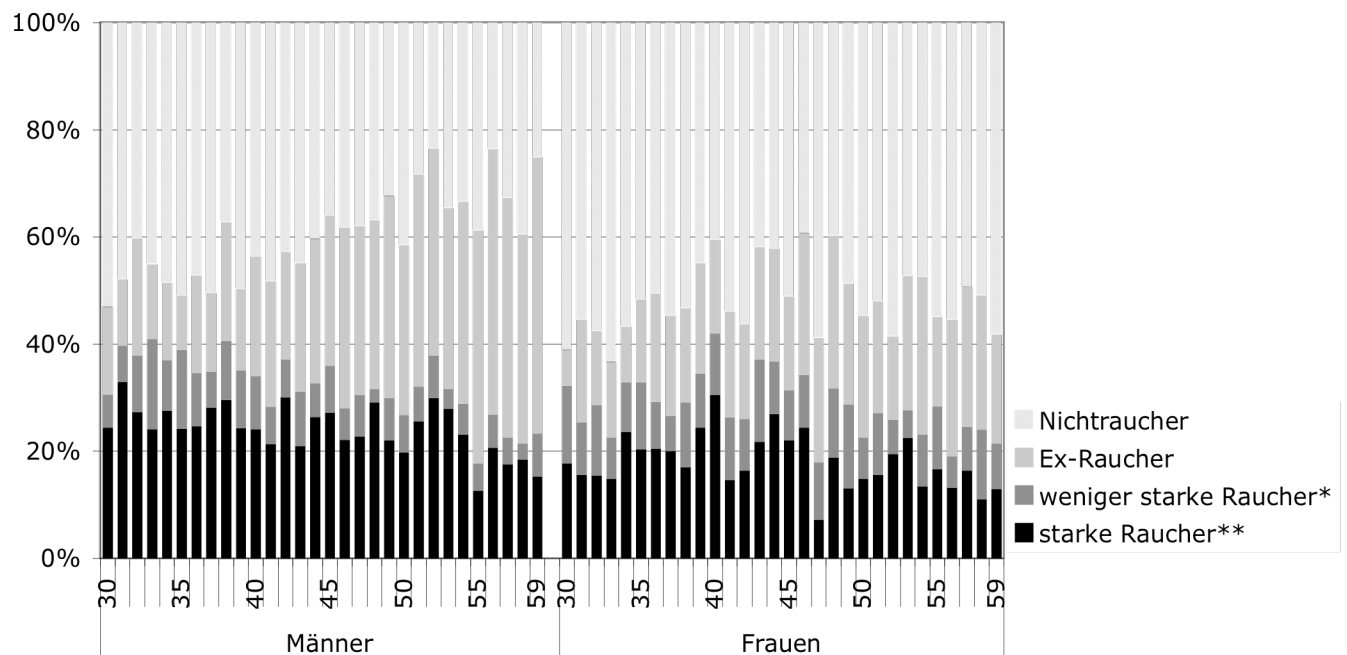
Tabelle 5-1: Tabakkonsum, in Prozent

Nichtraucher	67.8	noch nie geraucht	46.5
		Ex-Raucher	23.0
Raucher	32.2	weniger starke Raucher ¹	9.2
		starke Raucher ²	21.3

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n= 10'414.

¹ bis 10 Zigaretten pro Tag.

² ab 11 Zigaretten pro Tag.

Abbildung 5-8: Tabakkonsum nach Geschlecht und Alter, in Prozent

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n= 4'613 Männer, 5'801 Frauen

* bis 10 Zigaretten pro Tag.

** ab 11 Zigaretten pro Tag.

Analog zu Siegrist (1996: 196ff.) werden bei den multivariaten Analysen die beiden Extremgruppen starke Raucher (Personen, die zum Zeitpunkt der Erhebung mindestens 20 Zigaretten täglich rauchen) und Personen, die zum Zeitpunkt der Erhebung angeben, noch nie länger als 3 Monate geraucht zu haben, einander gegenüber gestellt. Bei Siegrist besteht die Gruppe starker Raucher aus Personen, ebenfalls mindestens 20 Zigaretten täglich rauchen und zudem angeben, schon mindestens 15 Jahre lang geraucht zu haben.

5.2 Determinanten zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit

5.2.1 Geschlecht und Alter

Im Verlauf des vergangenen Jahrzehnts wurde die Kategorie Geschlecht als eine der wichtigsten Einflussfaktoren erkannt und ins Rampenlicht der Gesundheitssoziologie gerückt (Annandale und Hunt 2000; Babitsch, Ducki und Maschewsky-Schneider 2006; Babitsch 2006; Hunt und Annandale 1999; Jahn 2002; Jahn und Babitsch 2002; Mielck 2002). Es wurde deutlich, wie stark sich die Kategorie Geschlecht als so genannte *horizontale* Ungleichheitsdimension durch sämtliche Lebensbereiche zieht und damit auch für die Gesundheit eine zentrale Kategorie darstellt. Es ist deshalb evident, dass es nicht zuletzt für die wissenschaftliche Genauigkeit von zentraler Bedeutung ist, der Unterschiedlichkeit von Frauen und Männern in Studien wie auch bei Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der gesundheitlichen Versorgung Rechnung zu

tragen. Dennoch zeichnet sich nach wie vor ein Grossteil des Forschungsstandes resp. des Forschungsfeldes in den Gesundheitswissenschaften und der Medizin durch zahlreiche geschlechtsblinde Flecken und ein hohes Mass an Gender-Bias aus (Babitsch 2005; Jahn 2002).

Geschlechtersensitives Vorgehen

In den folgenden Analysen sollen geschlechtsspezifische Aspekte, wo immer möglich mitberücksichtigt werden. Dabei reicht es meist nicht aus, Geschlecht lediglich als Unabhängige- oder Kontrollvariable in das Modell einzuführen. Es wird an vielen Stellen notwendig sein, die Analysen für Frauen und Männer getrennt durchzuführen um geschlechtsspezifische Zusammenhänge zwischen sozialen Indikatoren und Gesundheit aufdecken zu können. Alternativ wird Geschlecht als Interaktionsvariable in die Modelle integriert.

Es gilt in den folgenden Untersuchungen den geschlechterbezogenen Aspekten nicht zuletzt deshalb besondere Aufmerksamkeit zu schenken, als der Frage nach dem Zusammenhang zwischen sozialen Rollen und Gesundheit eine zentrale Wichtigkeit zukommt und sich die Rollenerwartungen zwischen den Geschlechtern stark unterscheiden: „Die traditionelle Frauenrolle mit ihrer Familien- und Kinderorientierung steht in einem Spannungsverhältnis, teilweise sogar im offenen Widerspruch zu den beruflichen Orientierungen und führt zu heftigen Rollenkonflikten. Gefühle von Ohnmacht, Hilflosigkeit und Ausgebeutetsein können viele psychosomatische Störungen mit bedingen, über die junge Frauen in dieser Altersspanne klagen“ (Hurrelmann 2003: 21).

Geschlechterdifferenzen bei Mortalität und Morbidität

Am augenfälligsten ist die Differenz zwischen den Geschlechtern bei der Lebenserwartung. Frauen können erwarten, die Männer um durchschnittlich sechs bis sieben Jahre zu überleben. Die Differenz in Hinblick auf die in Gesundheit verbrachten Lebensjahre ist allerdings nur geringfügig. Der Unterschied in der Lebenserwartung baut sich während der gesamten Lebensspanne auf. Schon die Sterblichkeit von männlichen Säuglingen ist deutlich höher als von weiblichen. Während der Kindheit und dem Jugendalter bleibt dieser Unterschied bestehen und wird im Jugendalter vor allem durch Verkehrsunfälle, Gewalthandlungen und Selbsttötungen verursacht. Die beiden Geschlechter haben ganz offensichtlich ein unterschiedliches Aktivitäts- und Aggressionsniveau. Frauen verhalten sich im Vergleich zu Männern insgesamt weniger risikobereit und setzen sich auch deutlich weniger demonstrativ gesundheitsgefährdenden Ereignissen und Situationen aus. Auch bezüglich Herz-Kreislauf und Krebskrankheiten sind Frauen und Männer unterschiedlich (Hurrelmann 2003; Maschewsky-Schneider 1997).

Auch bezüglich der Morbidität unterscheiden sich die Genusgruppen, wobei das Bild hinsichtlich der geschlechtsspezifischen Unterschiede weniger deutlich ist. Knesebeck und Mitarbeiter fanden bei der Analyse von bildungsbedingten Unterschieden in der selbsteingeschätzten Gesundheit in 22 europäischen Ländern grössere Unterschiede bei den Frauen im Vergleich zu den Männern

(Knesebeck, Verde und Dragano 2006). Dagegen sind die Befunde anderen europäischen Ländervergleichen (Kunst et al. 2005) im Hinblick auf die Geschlechterdifferenz im sozialen Gradienten uneinheitlich (Babitsch 2006).

Alter und Kohorten

Der Zusammenhang zwischen Alter und Gesundheit gestaltet sich bei den Frauen deutlich anders als bei den Männern. Dies hat in der hier untersuchten Altersgruppe der 30-59 Jährigen auch biologische Gründe, diese reichen jedoch nicht aus, um die gemessenen Differenzen zu erklären. Grundsätzlich fällt im Vergleich zu den Männern die hohe Bereitschaft der Frauen auf, sich bei Unwohlsein und schlechter Befindlichkeit professionelle Hilfe zu suchen. Aus Sorge vor schweren Gesundheitsbeeinträchtigungen setzten Frauen im mittleren Alter viel stärker als Männer auf ärztliche und psychologische Unterstützung. Dabei steht nur ein Teil dieser Bereitschaft mit Untersuchungen während der Schwangerschaft oder allgemeinen gynäkologischen Abklärungen in Zusammenhang. Interessant dabei ist, dass Frauen ihre Gesundheit selber deutlich schlechter einschätzen als Männer – dies insbesondere in der Phase der Menopause zwischen 45 und 55 Jahren. Die medizinisch feststellbaren Krankheitsraten blieben hingegen meist unter denen der Männer (Hurrelmann 2003). Dies ist denn auch die Altersgruppe, wo die Differenzen bezüglich sozialer Ungleichheit und Gesundheit am stärksten ausfallen (Babitsch et al. 2006).

Um die sozialen, biografischen und biologischen Ursprünge für Differenzen beim Gesundheitsempfinden von einander unterscheiden zu können, wird das Alter in drei Gruppen unterteilt, die sich bei den Frauen auch mehr oder weniger mit Phasen gehäufte Lebensereignisse deckt: Bei der Gruppe der 30-39 Jährigen wird das Rollenset der frischen Mütter (und natürlich auch Väter) mit der Elternrolle erweitert. Dies ist auch die Phase wo insbesondere bei Frauen mit der Entscheidung zwischen resp. der Doppelbelastung durch Karriere und Familiengründung gehäuft Rollenkonflikte zu erwarten sind. Da Männer in unserem Kulturkreis die dominante Rolle im Berufsbereich haben, hängt ihre gesundheitliche Situation enger mit der Erwerbsarbeit als der Elternrolle zusammen (Siegrist: 1996; vgl. 5.3.1). Bei den 50-59-jährigen Personen reduziert sich mit dem Erwachsenwerden und dem Auszug der Kinder von zu Hause das Rollenset der Mütter und Väter um die Elternrolle.

5.2.2 Sozioökonomische Lage

In den Arbeiten zu Gesundheit und sozialer Ungleichheit finden sich eine Vielzahl an Definitionen und Konzepten bezüglich der sozioökonomischen Lage. Dabei werden Begriffe wie „(soziale) Klasse“, „(soziale) Schicht“, „sozialer Status“, „sozioökonomischer Status“ etc. oft synonym verwendet. Nicht ganz so reichhaltig wie die Begriffe sind die daraus abgeleiteten Operationalisierungen. Allgemein herrscht wenig Konsens darüber, welches nun der ideale Indikator zur Messung des sozioökonomischen Status sei (Kunst 2006; Lampert und Kroll 2006). Oft wird zudem die Wahlmöglichkeit des Indikators zum vornherein durch die (nicht) Verfügbarkeit von

wünschbaren Indikatoren und Klassifikationen auf nationaler und internationaler Ebene eingeschränkt. In vielen Studien wird lediglich das Bildungsniveau für die Bestimmung der sozioökonomischen Lage verwendet (Kunst 2006: 361). Der sozioökonomische Status ist jedoch ein komplexes, multidimensionales Konzept, in dem das Bildungsniveau vor allem die kulturellen und kognitiven Aspekte betont. Zwei komplementäre und häufig angewendete Indikatoren des sozioökonomischen Status sind der Berufsstatus und das gegenwärtige Einkommen (Grundy und Holt 2001; Lynch und Kaplan 2000). Gelegentlich trifft man auch auf Skalen, welche die Position einer Person im beruflichen Sozialgefüge wiedergeben sollen. Eine altbewährte und vermutlich bekannteste dabei ist Treimans *Prestige Scale* (Treiman 1977). Zudem waren in verschiedenen Europäischen Ländern (insbesondere in England), berufsbaasierte Klassifikationen nach „sozialen Klassen“ oder „sozio-professionellen Kategorien“ Gegenstand der Evaluation (Craig und Forbes 2005; Lynch 1996; Lynch und Kaplan 2000). Um die Vergleichbarkeit zwischen verschiedenen Ländern zu verbessern hat ein Konsortium aus neun Europäischen Institutionen³⁸ eine neue, standardisierte Klassifikation, die „European Socio-Economic Classification (ESEC)“ entwickelt. Dabei handelt es sich um eine Klassifikation, bei der soziale Klassen auf Basis von „employment relationships“ der Arbeitnehmer definiert werden (Kunst 2006). Die Schweiz war zwar im erwähnten Konsortium nicht beteiligt, beim Vergleich der ESEC Klassifikation mit den sozio-professionellen Kategorien von Joye und Schuler (1996) zeigt sich jedoch eine grosse Ähnlichkeit der beiden Messinstrumente.

In den in dieser Studie geschätzten Modellen wird denn auch die soziale Lage anhand des Bildungsabschlusses, des Haushaltäquivalenzeinkommens und der sozio-professionellen Kategorie einer Person definiert. Die drei Variablen werden gemeinsam in die Modelle eingeführt. Auf das Zusammenführen der drei Einzelindikatoren zu einem additiven Index, wie man dies in der Literatur gelegentlich antrifft, wird hier verzichtet. Dies würde zum einen voraussetzen, alle drei Indikatoren seien gleichwertig und wirkten in die gleiche Richtung. Empirische Befunde zeigen jedoch deutlich auf, dass Beruf, Bildung und Einkommen ungleich starke und verschiedenartige Auswirkungen auf die Mortalität und Morbidität haben (Hradil 2006). Zudem interessiert es hier explizit welcher der drei Indikatoren Bildung, Einkommen und Berufsstatus – allenfalls auch als Interaktionsterm – wie viel der gemessenen Ungleichheit erklären kann.

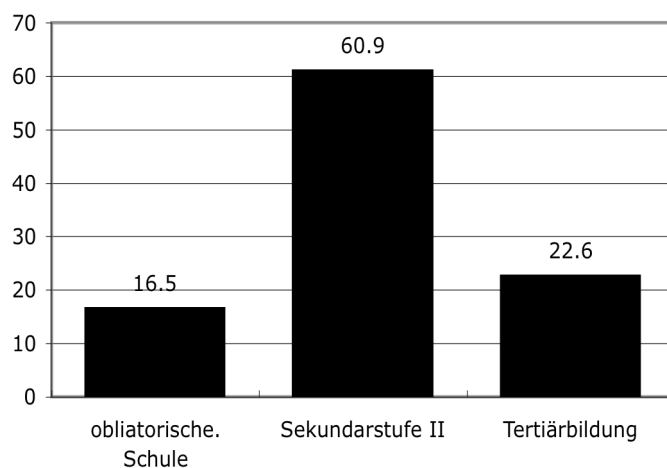
Bildung und Einkommen

Die Bildung wird anhand des höchsten erreichten Bildungsabschluss als dreistufiger Indikator (höchstens obligatorische Schule, Sekundarstufe II und Tertiärbildung) abgebildet. Dabei zeigt sich, dass beinahe zwei von drei Personen im Alter zwischen 30 und 59 Jahren nach der obligatorischen Schule eine Berufsausbildung absolviert, während jede vierte Person eine Universität oder Fachhochschule besucht hat. Werden die Frauen und Männer getrennt und nach Alter unter-

³⁸ Informationen finden sich unter <http://www.iser.essex.ac.uk/esec/>

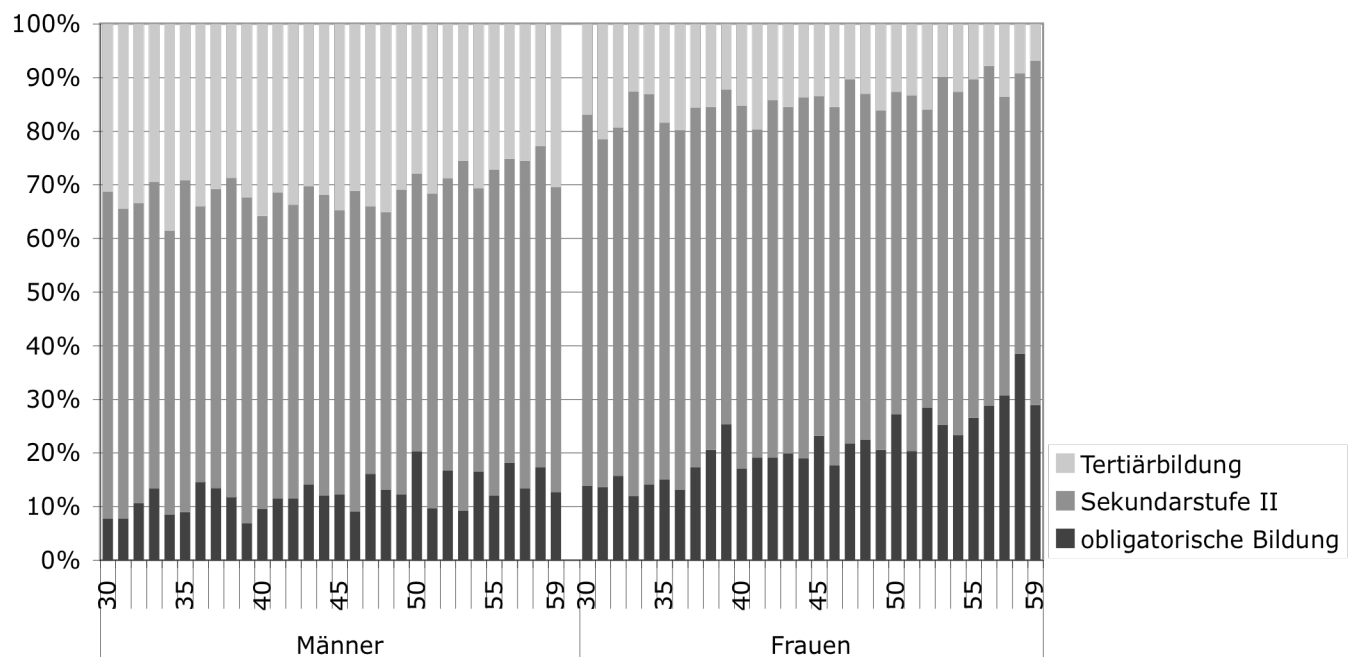
schieden betrachtet, so erkennt man deutlich den Verlauf der Schweizer Bildungsexpansion (vgl. Lamprecht und Stamm 1996). zeigt deutlich auf, dass vor allem die Frauen an der Bildungsexpansion beteiligt waren. Der Anteil Frauen mit einem Tertiärbildungsabschluss nimmt kontinuierlich zu, während jener von Frauen mit keiner oder lediglich obligatorischer Bildung stark zurückgeht. Noch haben die Frauen allerdings das Niveau der Männer nicht erreicht. Bei den Männern kann ein ähnlicher Trend abgelesen werden, wenn auch auf deutlich tieferem Niveau.

Abbildung 5-9: Verteilung der Bildungsabschlüsse, in Prozent



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992 und 2002, n= 18'980

Abbildung 5-10: Verteilung der Bildungsabschlüsse nach Geschlecht und Alter, in Prozent



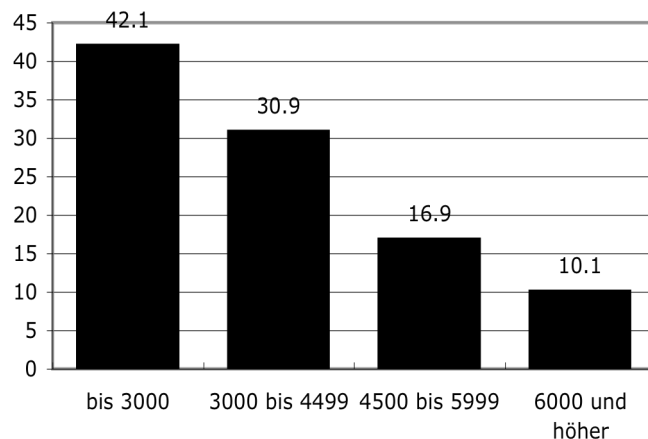
Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992 und 2002, n = 8'813 Männer; 10'167 Frauen.

Als Indikator für das zur Verfügung stehende Einkommen, wird das Haushaltsäquivalenzeinkommen verwendet. Die Idee hinter diesem Indikator ist, dass es eine Rolle spielt, wie viele Personen sich ein Einkommen teilen müssen. Konkret werden alle Einkommen in einem Haushalt zusammengezählt und nach Anzahl Personen gewichtet, wobei Kinder unter 15 Jahren ein etwas kleineres Gewicht bekommen (für die konkrete Codierung siehe: BFS 1998; BFS 2003c). Dabei gilt es zu bemerken, dass die Werte des Haushaltseinkommens nicht die konkrete ökonomische Realität der Haushalte wiedergeben, sondern eher einen Gradienten zwischen tiefen und hohen Einkommen darstellen.

Gesamthaft betrachtet muss die Mehrheit der in der Schweiz lebenden Personen mit einem vergleichsweise tiefen Einkommen auskommen und nur jeder sechste hat ein überdurchschnittliches Budget zur Verfügung. Zur Gruppe mit den höchsten Einkommen kann sich nur gerade jede zehnte Person zählen (vgl. Abbildung 5-11). Betrachten wir das Einkommen aufgeschlüsselt nach Geschlecht und Alter, so zeigt sich auch hier eine markante Differenz zwischen Frauen und Männern. Frauen müssen deutlich häufiger mit einem vergleichsweise tiefen Einkommen auskommen, während bei den Männern die höchste Einkommensgruppe markant häufiger vertreten ist. Beiden Geschlechtern gemeinsam ist allerdings die Dynamik über die Zeit. Der Anteil Personen in der tiefsten Einkommensgruppe steigt zwischen 30 und 40 Jahren leicht an und nimmt danach deutlich ab. Diese Tendenz lässt sich mit der Familienphase erklären. Die Kinder kommen meist zu Beginn der Karriere der Eltern – insbesondere Väter – zur Welt, wo das verfügbare Einkommen noch eher tief ist. Dadurch, dass das Gehalt dann für mehr Personen reichen muss,

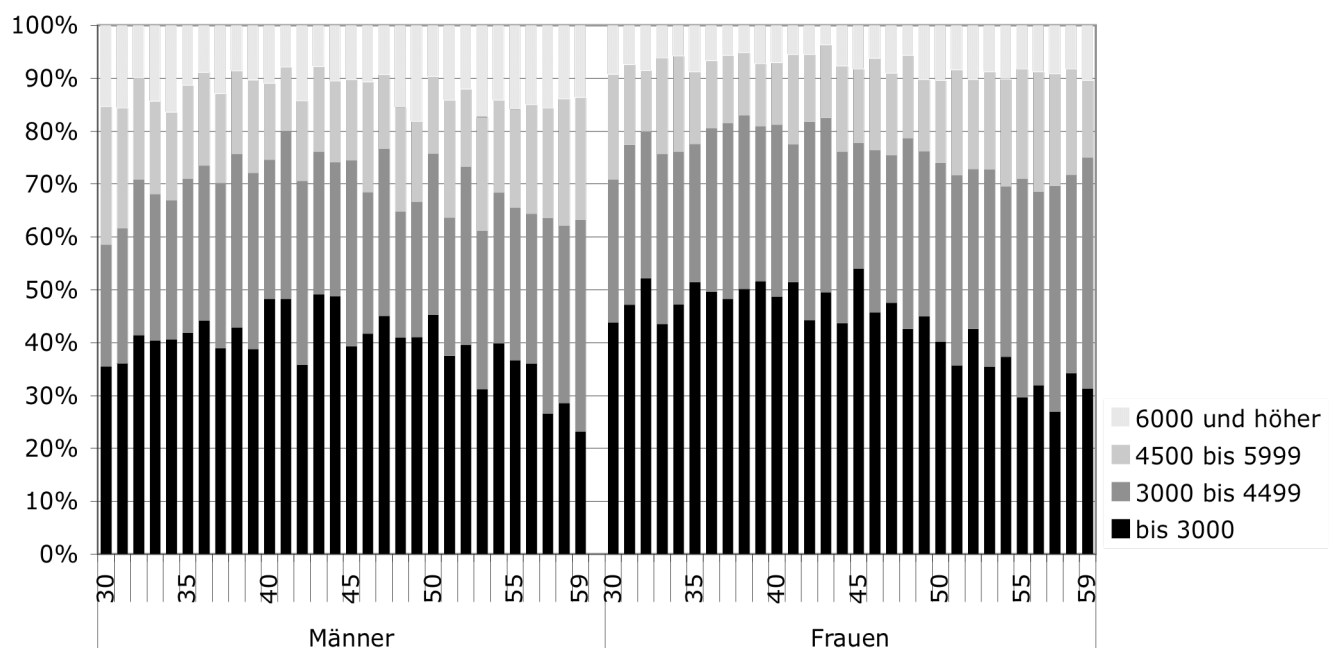
steigt die Kurve der tiefsten Einkommen an. Nachdem die Kinder ausgeflogen sind, geht der Anteil tiefster Einkommen mehr zurück als er angestiegen war, da in der Zwischenzeit das Einkommen zugenommen hat, da es Schweiz (noch) üblich ist, dass mit zunehmendem Alter das Einkommensniveau steigt (vgl. Abbildung 5-12).

Abbildung 5-11: Verteilung der Haushaltsäquivalenzeinkommen, in Prozent und Franken



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992 und 2002, n= 18'601

Abbildung 5-12: Verteilung der Haushaltsäquivalenzeinkommen nach Geschlecht und Alter, in Prozent und Franken



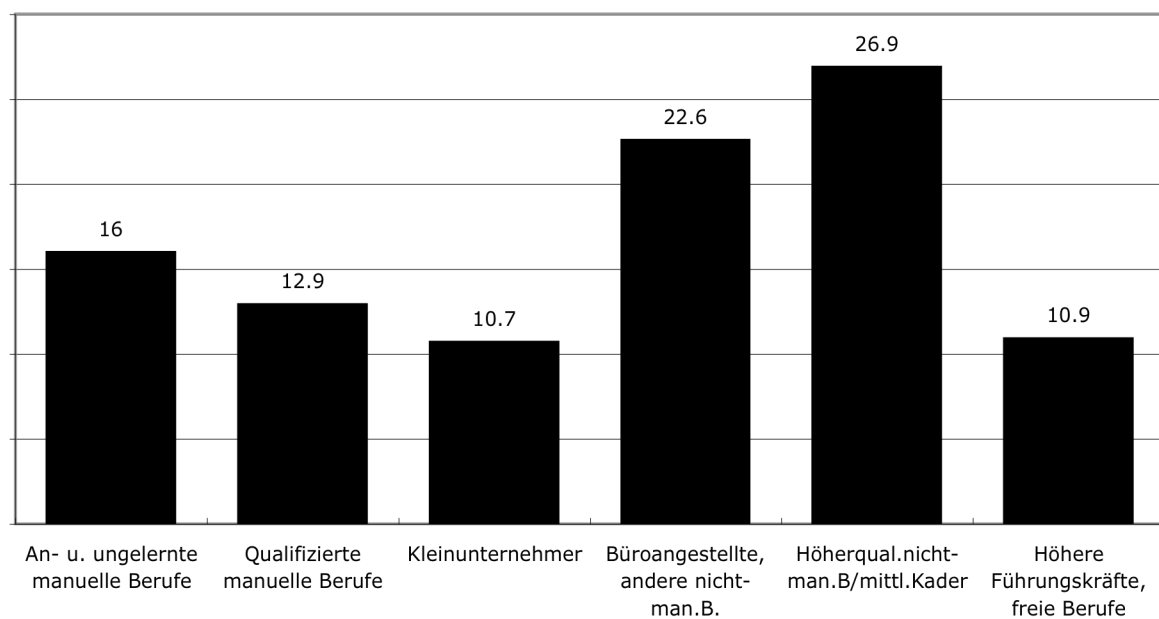
Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992 und 2002, n= 8'701 Männer; 9'900 Frauen.

Sozioprofessionelle Kategorien

„Die Stellung im Beruf und damit im gesellschaftlichen Produktionsprozess führt zu einem unterschiedlichen Risiko für Sterblichkeit und Erkrankungshäufigkeit sowie für Grad und Ausmass psychischer Störungen. Bei den Angehörigen von Arbeiterfamilien wird in vergleichenden Untersuchungen seit Jahrzehnten ein erheblich höheres Mass an Morbidität und Mortalität festgestellt als in Angestellten-, Beamten- und Selbständigenfamilien“ (Marmot und Wilkinson 2006; Siegrist 1996).

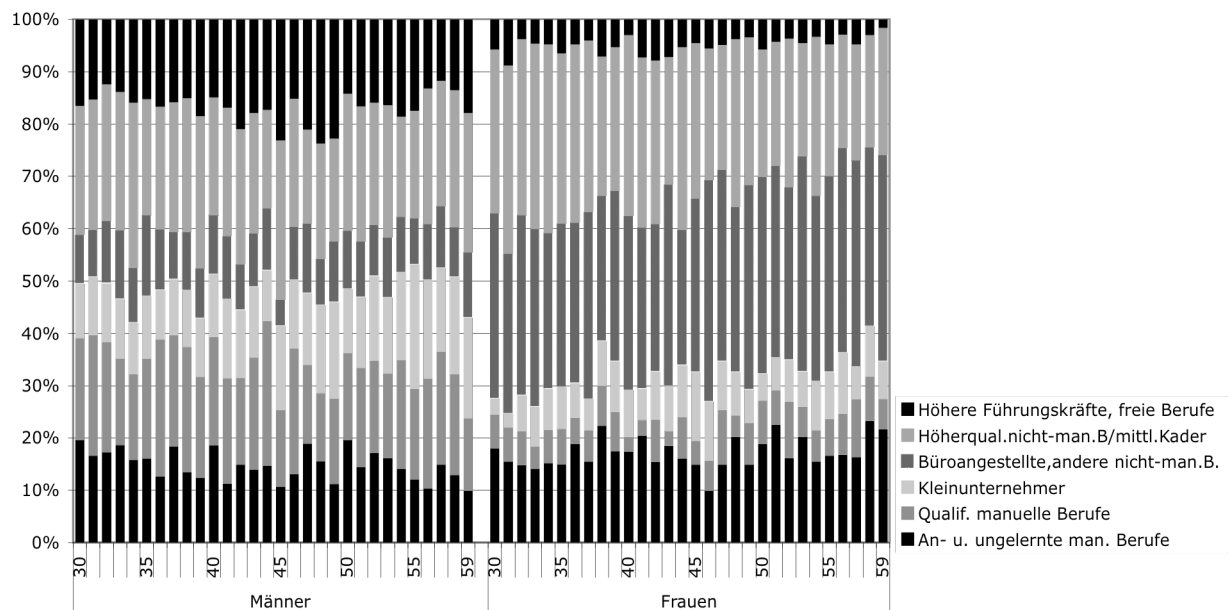
Der EGP-Index wurde auf internationaler Ebene anhand von SGB-ähnlichen Gesundheitsbefragungen entwickelt. Er bezieht den Erwerbsstatus, die Stellung und Verantwortung im Beruf sowie den zuletzt ausgeübten Beruf bzw. die zuletzt absolvierte Ausbildung mit ein. Damit internationale Vergleiche möglich sind, wurden die schweizerischen Berufs-/Ausbildungscodes in beiden Erhebungsjahren an die ISCO-Codes von 1968 angepasst.

Abbildung 5-13: Verteilung der sozio-professionellen Kategorien, in Prozent



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992 und 2002, n= 18'596

Abbildung 5-14: Verteilung der sozio-professionellen Kategorien nach Geschlecht und Alter, in Prozent

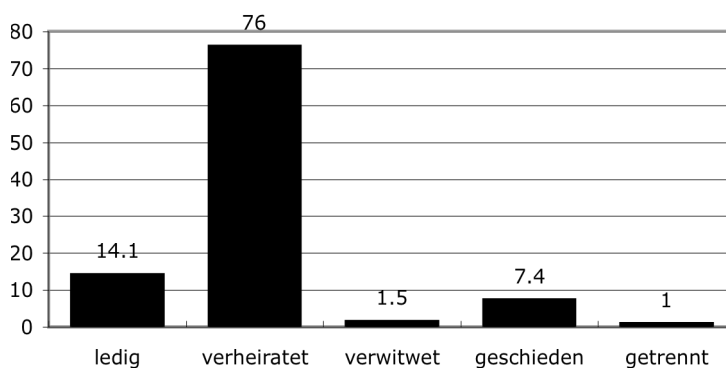


Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992 und 2002, n= 8'694 Männer; 9902 Frauen.

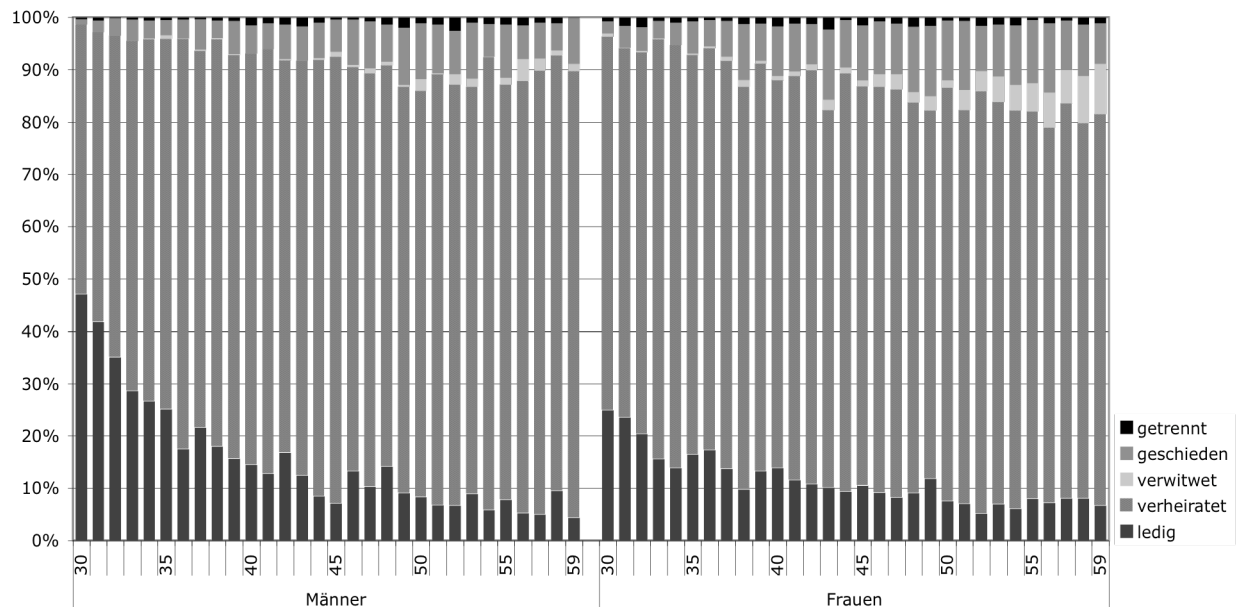
5.2.3 Zivilstand

Gesamthaft betrachtet sind im Alter zwischen 30 und 59 Jahren die grosse Mehrheit (76%) der Frauen und Männer verheiratet (Abbildung 5-15). Nur vergleichsweise wenige Personen sind noch ledig (14%), geschieden (7.4%), bereits verwitwet (1.5%) oder befinden sich im Status der Trennung (1%). Diese Verteilung findet sich bei Frauen wie auch Männern aller Altersgruppen.

Abbildung 5-15: Verteilung des Zivilstands, in Prozent



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992 und 2002, n= 18'987

Abbildung 5-16: Verteilung des Zivilstands nach Geschlecht und Alter, in Prozent

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992 und 2002, n= 8'815 Männer; 10'172 Frauen.

5.3 Rollen und Rollenkonfigurationen

5.3.1 Definition der Rollen und Beschreibung der Rollenträgenden

Berufsrolle

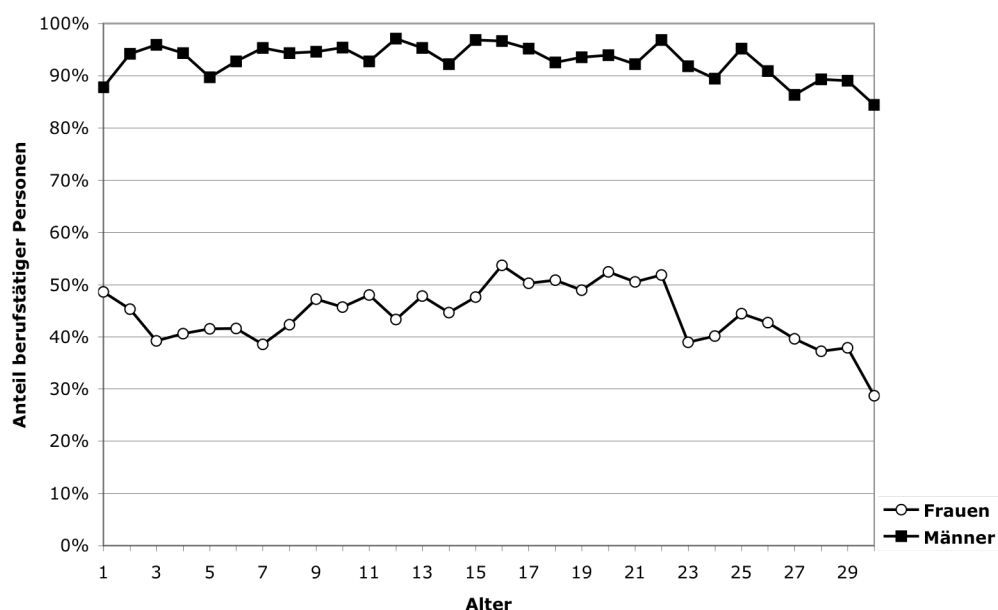
Die Berufsrolle ist eine kontinuierliche Variable, die sich vom vollständigen Fehlen über ein zunehmendes Ausmass an Teilzeitarbeit bis zur vollen Berufstätigkeit erstreckt. Die Dichotomisierung dieser Variable wird so festgelegt, dass bei einer durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von über zwanzig Stunden die Berufsrolle als vorhanden gilt, während eine wöchentliche Erwerbstätigkeit von null bis zwanzig Stunden als fehlende Berufsrolle zählt. Da zum Zeitpunkt der Befragungen³⁹ in der Schweiz die wöchentliche Arbeitszeit in den meisten Branchen über vierzig Stunden beträgt, bedeutet diese Definition, dass eine Erwerbstätigkeit mit einem Halbtagspensum und mehr als Berufsrolle gilt.

³⁹ Quelle: Wirtschaftsförderung Genf, International Comparisons 2004, gestützt auf: Corporate Consulting & Technology (CCT SA), Genf, Juli 2004
(<http://www.standortschweiz.ch/imperia/md/content/up-date2005deutsch/27.pdf?PHPSESSID=>)

Die Berufsrolle hat in der westlichen Welt eine sehr grosse Bedeutung. Die Verortung einer Person im Sozialgefüge hängt wesentlich vom Berufsprestige der Beschäftigung ab (vgl. auch das Zentrum-Peripherie Modell nach Bornschie). Für die Männer zwischen 30 und 59 Jahren ist es nahezu selbstverständlich einer Arbeit nachzugehen, während dies nur für knapp jede zweite Frau im gleichen Alter zutrifft (93% vs. 44%). Bei den Männern ist der berufstätige Anteil über alle Altersstufen nahezu stabil mit einer leichten Abnahme im höheren Alter. Dies dürfte mit einzelnen Frühpensionierungen zu tun haben. Bei den 58-Jährigen ist mit 86% noch die grosse Mehrheit berufstätig, danach nimmt ihr Anteil mit jedem Altersjahr bis zum offiziellen Pensionierungsalter signifikant ab.

Bei den Frauen schwankt der Anteil mit Berufsrolle zwischen 40 und 50%. Anfangs Dreissig sinkt er auf etwa 40% und steigt dann mitte Vierzig auf durchschnittlich über 50%. Diese Dynamik dürfte mit der Familiengründung und (temporärem) Rückzug aus dem Berufsleben zusammen hängen. Mitte Fünfzig nimmt dann der Anteil berufstätiger Frauen wieder stark ab, was mit der Pensionierung des Lebenspartners wie auch durch einen Generationeneffekt erklärt werden kann.

Abbildung 5-17: Anteil berufstätiger Personen nach Alter



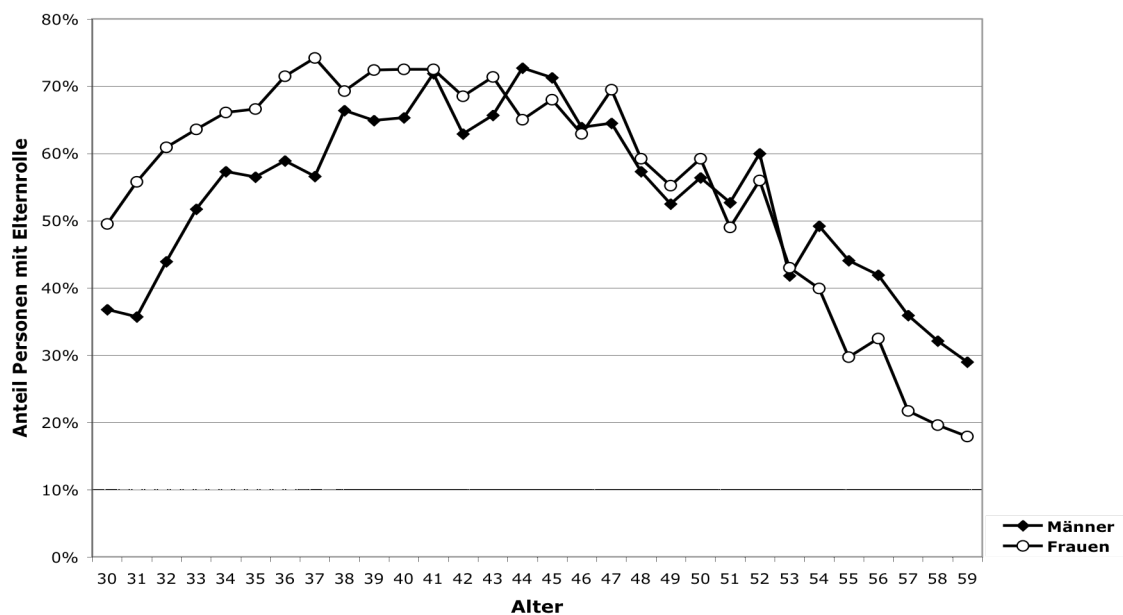
n= 8'679 Männer, 9'945 Frauen.

Sowohl bei Frauen wie auch bei den Männern – wenn auch auf deutlich geringerem Niveau, steigt der Anteil Personen mit Berufsrolle mit höherer Bildung deutlich an. Während Frauen mit lediglich obligatorischer Schulbildung zu 39% berufstätig sind, üben bei Frauen mit einem Hochschulabschluss 57% einen Beruf aus. Diese Differenz findet sich bei allen Altersstufen.

Ein zwar an sich nicht überraschender, aber dennoch auffallend deutlicher Zusammenhang findet sich zwischen Berufstätigkeit von Frauen und dem verfügbaren Haushaltsäquivalenzeinkommen. Während bei Frauen mit einem tiefen Haushaltseinkommen weniger als jede Person berufstätig ist, sind es bei der Gruppe der höchsten Haushaltseinkommen 75%. Bei den Männern findet sich solch eine massive Steigerung nicht, da ja die grosse Mehrheit der Männer während dieser Lebensphase berufstätig ist. Allerdings zeigt sich auch hier, dass bei der Gruppe Männern mit einem tiefen Haushaltseinkommen mit 91% signifikant weniger arbeiten. Der Effekt bei den Frauen lässt sich damit erklären, dass Frauen zu Beginn der Kinderphase in der Regel ihr Arbeitspensum reduzieren oder für eine gewisse Zeit keiner beruflichen Arbeit nachgehen. Dadurch verringert sich das verfügbare Einkommen während gleichzeitig das Einkommen für mehr Personen reichen muss. Dies wirkt sich also doppelt auf das Haushaltsäquivalenzeinkommen aus. Diese Erklärung bestätigt sich durch den Befund, dass 60% der Frauen ohne Kinder einer bezahlten Arbeit nachgehen, während dies nur für jede dritte Frau mit Kindern, die noch zu Hause leben, zutrifft.

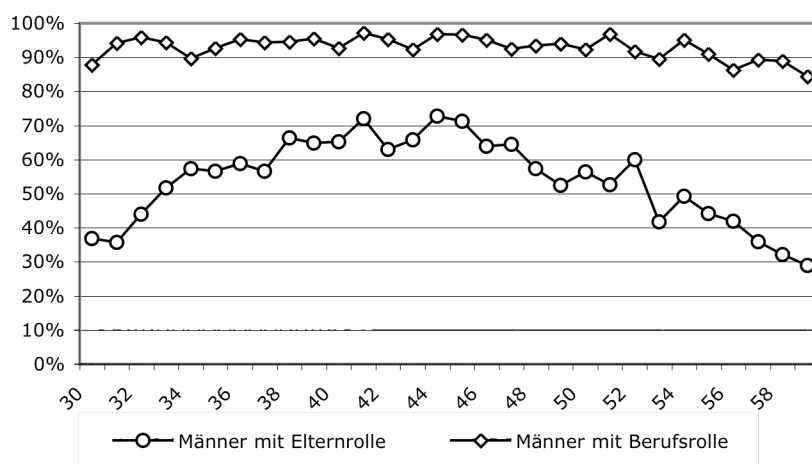
Elternrolle

Damit eine Person die Elternrolle trägt, müssen verschiedene Kriterien erfüllt werden. In Anlehnung mit Meyer (2000: 107) wird die Elternrolle als vorhanden definiert, wenn eine Person mit eigenen Kindern zusammen wohnt. Adoptivkinder und Kinder des Partners werden auch als „eigene Kinder“ eingestuft, solange sie im gleichen Haushalt wohnen. Nach Thoits müsste zudem das Alter der Kinder auf maximal 18 Jahre beschränkt sein, damit einer Person die Elternrolle zugesprochen werden kann (Thoits 1986). Dieses zusätzliche Kriterium kann hier leider nicht angewendet werden, da die Angaben über das Alter der Kinder nicht zur Verfügung stehen. Die Gruppe der Personen, die keine Elternrolle tragen ist sehr heterogen. Sie enthält Personen in der Vorkind- sowie Nachkindphase. Dazu kommen die Personen die lebenslang keine Kinder hatten und getrennt oder geschiedene Personen ohne Sorgerecht. Alle diese Personengruppen tragen gemäss der hier verwendeten, dichotomen Definition keine Elternrolle. Gesamthaft betrachtet ist der Anteil Frauen und Männer mit einer aktiven Elternrolle in etwa gleich (58% vs. 55%). Beiden ist auch gemein, dass er sich im Laufe der Zeit steigert und dann Ende vierzig deutlich verringert. Bei den Männern findet dieser Kurvenverlauf allerdings um einige Jahre zeitverschoben statt. Sie haben etwas später Kinder und entsprechend sind sie auch gegen die Pensionierung noch vergleichsweise häufig in ihrer Elternrolle.

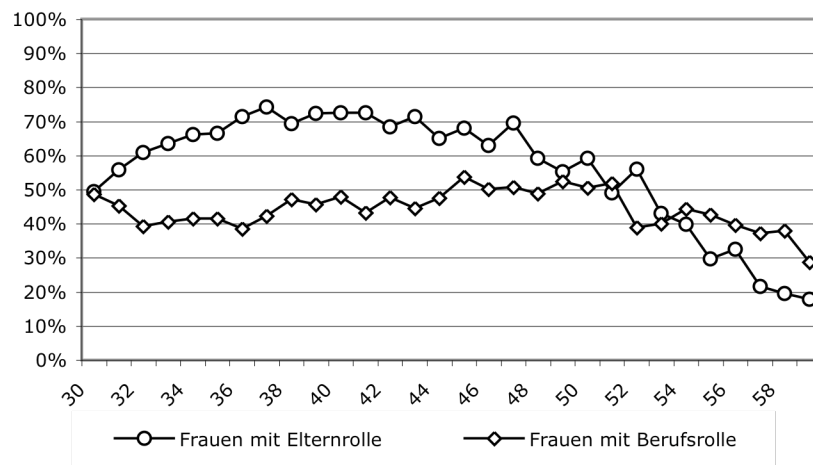
Abbildung 5-18: Anteil Personen mit Elternrolle, nach Alter

n= 8'818 Männer, 10'174 Frauen

Legt man nun die beiden Kurven von Eltern- und Berufsrolle übereinander, so zeigt sich wie oben erwähnt, dass bei den berufstätigen Männern die Kurve auch mit einem grösseren Anteil an Männern mit Elternrolle stabil bleibt. Bei den Frauen hingegen sinkt die Erwerbsquote während der Anteil Frauen mit Elternrolle steigt.

Abbildung 5-19: Eltern- und Berufsrolle, Männer nach Alter

n= 8'818 Elternrolle, 8'679 Berufsrolle.

Abbildung 5-20: Eltern- und Berufsrolle, Frauen nach Alter

n= 10'173 Elternrolle, 9'945 Berufsrolle.

Bezüglich Elternrolle und Bildung findet sich der grösste Anteil Personen mit Kindern im gleichen Haushalt unter den Personen mit lediglich obligatorischem Bildungsabschluss (Frauen 59,3%; Männer 64,4%). Mit zunehmender Bildung nimmt ihr Anteil ab. Während bei den Männern die Abnahme statistisch nicht signifikant ist, fällt er bei den Frauen sehr deutlich aus. Nur jede zweite Frau mit Hochschulbildung lebt mit Kindern. Die grösste Differenz zeigt sich dabei unter den Frauen zwischen 30-39 Jahren.

Mit Kindern zusammen zu leben bedeutet in der Regel auch weniger Geld zur Verfügung zu haben. Während drei von vier der Personen der Gruppe mit den tiefsten Haushaltsäquivalenzeinkommen mit Kindern zusammen leben, trifft dies für lediglich 16,5% der Personen mit den höchsten Einkommen zu. Das hat wie bereits erwähnt vor allem damit zu tun, dass mit Kindern Mehrausgaben entstehen während in der Regel weniger Einkommen generiert werden kann.

Zwei Drittel der Männer und Frauen mit Elternrolle leben auch mit ihrer Lebenspartnerin resp. ihrem Lebenspartner zusammen. Lediglich 6,6% der Männer leben mit Kinder(n) aber ohne Partner, unter den Frauen leben mit 22,4% deutlich mehr in dieser Situation. Der höchste Anteil Frauen die mit den Kindern alleine leben findet sich bei den 40-49 jährigen Frauen (29,8%).

Partnerrolle

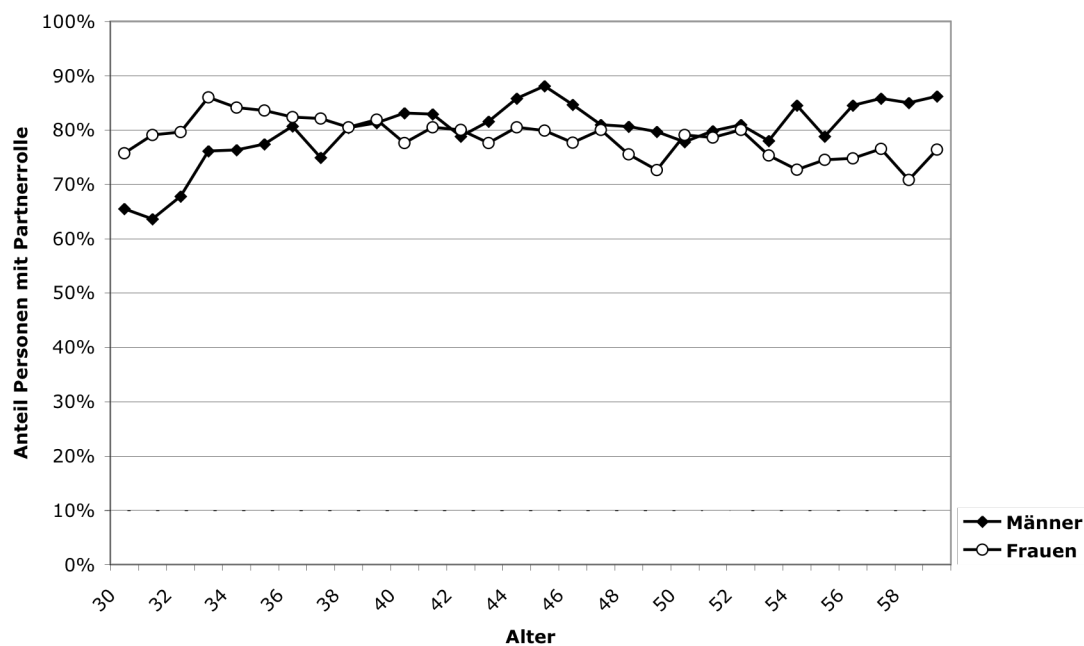
Die Partnerrolle gilt dann als gegeben, wenn jemand mit seinem Lebenspartner im gleichen Haushalt zusammen lebt. Dabei spielt der Zivilstand der Personen keine Rolle.

Der höchste Anteil Personen, die mit ihrem Lebenspartner zusammen leben, findet sich – was nicht überrascht – unter den Verheirateten (96,2 Frauen; 94,8 Männer). Zudem lebt knapp jede dritte ledige Person mit ihrem Lebenspartner im gleichen Haushalt (27,9 Frauen; 29,8

Männer). Während mehr als ein Drittel der geschiedenen Männer wieder mit einer Partnerin zusammen lebt, trifft dies nur für jede vierte geschiedene Frau zu (37.3 vs. 23.3%).

Während bei den Männern der Anteil Personen, die mit ihrer Partnerin zusammen leben mit dem Alter tendenziell leicht zunimmt, verhält es sich bei den Frauen umgekehrt (vgl. Abbildung 5-20).

Abbildung 5-21: Anteil Personen mit Partnerrolle nach Alter



n= 8'818 Männer, 10'173 Frauen.

Bezüglich des Zusammenhangs zwischen Bildung und Partnerrolle lässt sich bei den Frauen eine signifikante Abnahme mit höherem Bildungsstatus erkennen. Bei den Männern gibt es diesbezüglich keine signifikanten Unterschiede.

Beim Haushaltseinkommen lässt sich grundsätzlich sagen: Je tiefer das Haushaltseinkommen desto höher ist der Anteil Frauen und Männer, die mit dem Lebenspartner zusammen leben. Die einzige Ausnahme hierbei sind Frauen der Gruppe mit den höchsten Haushaltseinkommen. In dieser Gruppe findet sich mit 78,2% der grösste Anteil so genannter „Double Income no Kids“ Paare.

5.3.2 Konstruktion der Rollenkonfigurationen

Die Rollenkonfiguration wird definiert als die Kombination aus Vorhandenseins bzw. Nicht-Vorhandenseins der drei zentralen sozialen Rollen (Berufs-, Eltern- und Partnerrolle) bei einer Person. Aus den drei Rollen lassen sich acht verschiedene Konfigurationstypen bilden. Je nach dem, welche dieser drei Rollen eine Person besetzt, wird sie einer der acht Gruppen zugeordnet. Dabei gibt es Frauen und Männer, die alle drei und andere, die keine Rolle innehaben.

Es sind aus den drei Rollen: Berufsrolle (B), Partnerrolle (P), Elternrolle (E) folgende Kombinationen möglich:

Tabelle 5-2: Konstruktion der Rollenkonfigurationen

	Berufsrolle	Elternrolle	Partnerrolle
1. Trirollenträger	✓	✓	✓
2. Alleinerziehende	✓	✓	
3. Partnerpersonen	✓		✓
4. Singles	✓		
5. Eltern ohne Berufsrolle		✓	✓
6. Alleinerziehende ohne Berufsrolle		✓	
7. Partnerpersonen ohne Berufsrolle			✓
8. Rollenlose			

Die Trirollenträger sind also berufstätig und leben mit Partner und mindestens einem Kind zusammen, während Alleinerziehende ohne Partner wohnen. Partnerpersonen sind ebenfalls berufstätig und leben mit ihrem Partner im gleichen Haushalt. Es ist dabei je nach Alter durchaus möglich, dass sie in Zukunft Kinder haben werden und so zu Trirollenträger werden oder, dass sie die Kinderphase bereits abgeschlossen haben. Singles sind berufstätig und leben ohne Lebenspartner und ohne Kinder.

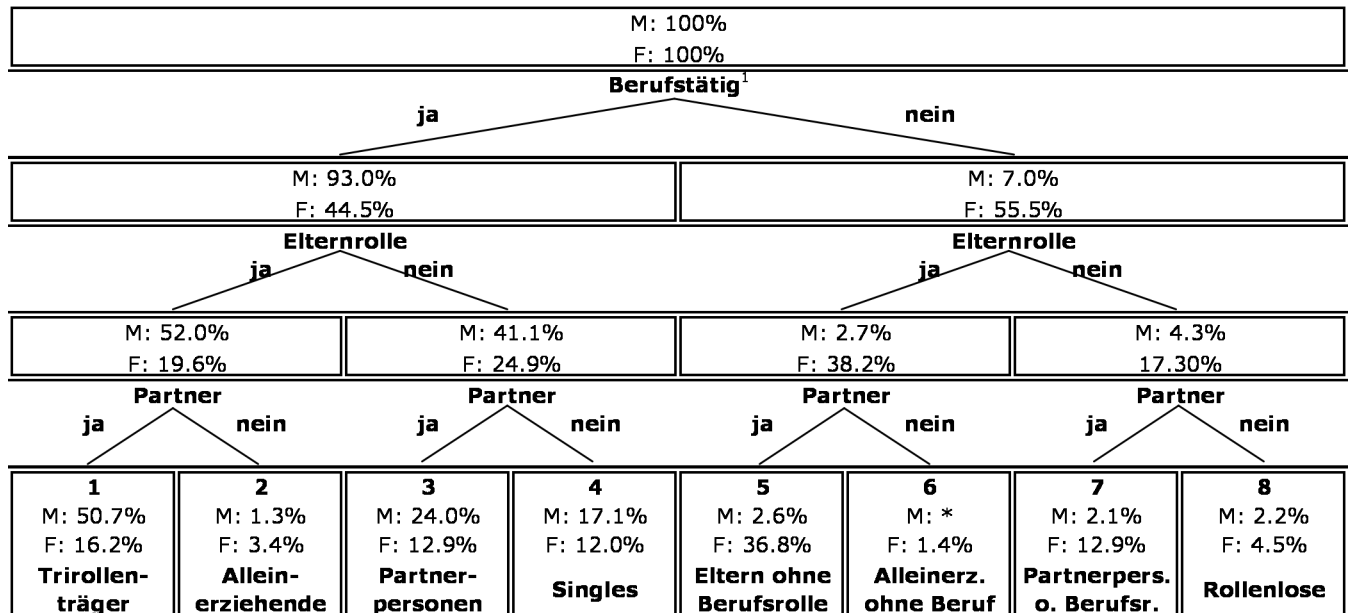
Eltern ohne Berufsrolle leben mit Partner und Kind zusammen, gehen aber keiner geregelten Erwerbsarbeit nach. Wie später aufgezeigt wird, handelt es bei dieser Rollenkonfiguration um die traditionelle Mutterrolle. Alleinerziehende ohne Berufsrolle leben nur mit ihren Kindern zusammen und sind nicht berufstätig. Partnerpersonen ohne Berufsrolle leben mit ihrem Partner zusammen, sind nicht im Arbeitsmarkt integriert und haben keine Kinder (mehr) zu Hause während die Rollenlosen weder Arbeit noch Partner noch Kinder haben. Diese sehr heterogene Gruppe setzt sich sowohl aus Studierenden als auch sozial nicht integrierten resp. randständigen Personen zusammen.

Betrachtet man nun die Verteilung von Männern und Frauen auf die verschiedenen Rollenkonfigurationen, so wird deutlich, dass sie äusserst ungleich verteilt sind (vgl. Baumdiagramm in Abbildung 5-21). Bereits bei der ersten Teilung nach Berufstätigkeit wird deutlich, wie stark sich die Geschlechter bezüglich der Rollenbesetzung unterscheiden. 93% aller Männer, aber nur 44.5% aller Frauen sind 20 und mehr Stunden pro Woche berufstätig resp. haben nach der verwendeten Definition eine Berufsrolle. Als zweite Rolle zur Teilung wurde analog zu Meyer (2000:123) die Elternrolle gewählt, „(...) weil sich deren inhaltlichen Rollenerwartungen am stärksten geschlechtsspezifisch unterscheiden (Vater- versus Mutterrolle).“ (Meyer 2000). Letztlich erfolgt die dritte Teilung aufgrund der Partnerrolle, die gemäss der Gleichheitsnorm der modernen Gesellschaften bei den beiden Partnern idealerweise egalitär gestaltet werden sollte.

Betrachtet man nun die Verteilung der Männer und Frauen auf die acht Rollenkonfigurationsgruppen, so ist augenfällig, wie ungleich sie besetzt sind. Während Frauen in fünf Konfigurationstypen anteilmässig mit mindestens 10% vertreten sind, trifft dies bei Männern für nur drei Typen zu. Das hängt primär damit zusammen, dass es von Männern in Zentrumsländern traditionellerweise erwartet wird, dass sie (vollzeit-)berufstätig seien. Männer sind bei den „Trirollenträgern“ anteilmässig am stärksten vertreten, während dies nur für 16.2% der Frauen zutrifft. Neben den Trirollenträger sind Männer auch zu 24% in der Gruppe der Partnerpersonen sowie zu 17.1% der Singles anzutreffen. In den übrigen fünf Kategorien sind Männer nur marginal vertreten. Das bedeutet, dass diese Subgruppen für Männer keine modalen Rollenkonfigurationstypen darstellen, da sie unter Männern in der Schweizer Wohnbevölkerung nur sehr selten vorkommen und deshalb gesellschaftlich auch nicht anerkannt sind (vgl. *ibid*: 32).

Frauen sind in der Gruppe der „Eltern ohne Berufsrolle“ am häufigsten vertreten, was der traditionellen Mutter- und Hausfrauenrolle entspricht. Ansonsten ist ihr Anteil zwischen Partnerpersonen mit und ohne Berufsrolle sowie Singles in etwa gleich verteilt. Weniger als fünf Prozent der Frauen gehören zu der Gruppe der Alleinerziehenden mit und ohne Beruf, sowie zu den Rollenlosen.

Abbildung 5-22: Prozentanteile der Rollenkonfigurationen von Berufs-, Eltern- und Partnerrolle, nach Geschlecht: Baumdiagramm



M= Männer; F= Frauen; * Zelle mit n<10; ¹ 20 und mehr h/Woche;
n= 8'679 Männer, 9'945 Frauen.

5.3.3 Beschreibung der Rollenkonfigurationstypen

Ein Ziel dieser Arbeit besteht darin, durch verschiedene Analysen mehr über die Zusammenhänge zwischen Rollen und insbesondere Rollenkonfigurationen und Gesundheit zu erfahren. Um die Rollenkonfigurationen und ihre soziale Einbettung noch besser verstehen zu können werden im folgenden Abschnitt die Rollenkonfigurationstypen bezüglich ihrer soziodemografischen Merkmale beschrieben.

Einige Rollenkonfigurationstypen kommen bei den Männern oder bei den Frauen sehr selten vor und sind auch in dieser grossen Stichprobe nur durch wenige Beobachtungen besetzt. Das macht ihre Interpretierbarkeit schwierig, weshalb sie zwar in den Tabellen der Vollständigkeit halber (grau hinterlegt) aufgeführt, aber nicht weiter beschrieben werden. Als Kriterium wurde eine Besetzung des Rollenkonfigurationstyps von mindestens 10% gewählt, was dem Kriterium für einen modalen Rollenkonfigurationstypus entspricht. Einzig die berufstätigen, allein erziehenden Frauen werden trotz ihrer tiefen Besetzung wegen ihrer aktuellen sozialpolitischen Brisanz in die detaillierte Beschreibung mit aufgenommen (vgl. Meyer 2000: 126).

Alter und Zivilstand

Einige Rollenkonfigurationstypen sind in bestimmten Altersgruppen über- beziehungsweise unterrepräsentiert. Das bedeutet, sie kommen in bestimmten Lebensphasen gehäuft oder eher selten vor.

Gemäss Tabelle 5-3 unterscheiden sich die Rollenkonfigurationstypen deutlich im Durchschnittsalter und in der Verteilung auf die drei Altersgruppen. Bei den Frauen sind Partnerpersonen ohne Berufsrolle durchschnittlich am ältesten. Dabei handelt es sich klassischerweise um traditionelle Hausfrauen, deren Kinder nicht mehr zu Hause leben. Bei den Männern sind die Partnerpersonen am ältesten, was der gleichen Lebensphase entspricht – die Kinder sind schon ausgeflogen.

Sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern sind die meisten Trirollenträger im mittleren Alter zwischen 40 und 49 Jahren. Gut jede dritte Person mit Kind, Beruf und Partner ist allerdings jünger als 39 Jahre. Singles wie auch Mütter mit Partner ohne Arbeitsrolle sind am häufigsten in der jüngsten Altersgruppe vertreten. Der Anteil an allein erziehenden Müttern macht in allen drei Altersgruppen mindestens 22% aus.

Tabelle 5-3: Alter und Altersgruppen nach Rollenkonfigurationstypen und Geschlecht

		Altersgruppen			Median	
		30-39	40-49	50-59	Alter	%
Männer	1. Trirollenträger	37.6%	40.5%	22.0%	42.9	50.7%
	2. Alleinerziehende	24.4%	37.5%	38.2%	45.7	1.3%
	3. Partnerpersonen	33.2%	26.1%	40.7%	45.4	24.0%
	4. Singles	49.1%	27.9%	23.0%	41.5	17.1%
	5. Eltern ohne Berufsrolle	35.4%	35.9%	28.7%	43.7	2.6%
	6. Alleinerziehende ohne Berufsrolle	*	*	*	*	*
	7. Partnerpersonen ohne Berufsrolle	26.4%	13.0%	60.6%	49.0	2.1%
	8. Rollenlose	47.0%	27.1%	26.0%	41.8	2.2%
	Total	38.2%	33.8%	27.9%	43.4	100.0%
Frauen	1. Trirollenträger	37.0%	45.3%	17.7%	42.4	16.2%
	2. Alleinerziehende	21.8%	48.8%	29.4%	45.3	3.4%
	3. Partnerpersonen	38.3%	27.4%	34.3%	43.7	12.9%
	4. Singles	38.1%	32.0%	29.9%	43.5	12.0%
	5. Eltern ohne Berufsrolle	47.4%	35.0%	17.6%	41.1	36.8%
	6. Alleinerziehende ohne Berufsrolle	21.0%	41.0%	38.0%	45.7	1.4%
	7. Partnerpersonen ohne Berufsrolle	19.0%	19.4%	61.6%	49.4	12.9%
	8. Rollenlose	30.1%	29.9%	40.0%	45.5	4.5%
	Total	37.8%	33.6%	28.6%	43.4	100.0%

n= 8'679 Männer, 9'945 Frauen; * n<10.

Praktisch alle Trirollenträger und Trirollenträgerinnen sind verheiratet, was auch auf Hausfrauen mit und ohne Elternrolle zutrifft. Diese drei Konfigurationstypen entsprechen somit der traditionellen Lebensvorstellung. Gleichfalls nicht überraschend ist der grosse Anteil geschiedener unter den allein erziehenden Frauen. Nur gut jede zehnte allein stehende, erwerbstätige Frau mit Kind war noch nie verheiratet.

Tabelle 5-4: Zivilstand nach Rollenkonfigurationstypen und Geschlecht

	Zivilstand					%
	ledig	verheiratet	verwitwet	geschieden	getrennt	
1. Trirollenträger	1.2%	97.5%	*	1.0%	*	50.7%
2. Alleinerziehende	(20.9%)	(17.9%)	(19.2%)	34.2%	(7.8%)	1.3%
3. Partnerpersonen	16.4%	76.3%	*	6.8%	*	24.0%
4. Singles	57.9%	20.1%	(1%)	17.5%	3.5%	17.0%
5. Eltern ohne Berufsrolle	*	95.6%	*	*	*	2.6%
6. Alleinerziehende ohne Berufsfr.	*	*	*	*	*	*
7. Partnerpersonen ohne Berufsfr.	(13.2%)	80.1%	*	(6.1%)	*	2.1%
8. Rollenlose	63.9%	(12.9%)	*	18.3%	(3.4%)	2.2%
Total	16.4%	75.9%	0.6%	6.1%	0.9%	100.0%
1. Trirollenträger	1.9%	94.7%	*	2.9%	*	16.2%
2. Alleinerziehende	13.2%	(5%)	(8.1%)	66.9%	(6.8%)	3.4%
3. Partnerpersonen	18.3%	74.0%	(0.8%)	6.7%	*	12.9%
4. Singles	57.0%	7.9%	5.4%	25.8%	3.9%	11.9%
5. Eltern ohne Berufsrolle	(0.9%)	97.6%	*	(1%)	*	36.8%
6. Alleinerziehende ohne Berufsfr.	(6.2%)	(13.5%)	31.9%	36.8%	(11.6%)	1.4%
7. Partnerpersonen ohne Berufsfr.	2.9%	94.6%	*	2.2%	*	12.9%
8. Rollenlose	26.9%	36.8%	12.5%	18.7%	5.1%	4.5%
Total	11.9%	76.0%	2.2%	8.7%	1.2%	100.0%

n= 8'676 Männer, 9'944 Frauen; * n<10.

Bildung und Einkommen

Die Höhe der Bildung und damit zusammenhängend auch das Einkommen haben einen grossen Einfluss darauf, wie viele Möglichkeiten der Lebensgestaltung sich einer Person eröffnen. Damit die ökonomische Situation der verschiedenen Rollenkonfigurationstypen überhaupt verglichen werden kann, wird hier (wie in der ganzen Arbeit) das Haushaltsäquivalenzeinkommen als Einkommensgrösse verwendet. Das bedeutet, dass alle in einem Haushalt generierten Einkommen zusammengezählt und nach Anzahl erwachsener Personen und Kinder gewichtet werden. Die vier so generierten Einkommensgruppen sind dabei weniger als absolute Werte zu verstehen sondern eher als tiefes bis hohes Einkommen.

In jeder Generation steigert sich der Anteil Personen mit hoher Bildung während immer weniger Personen lediglich über die obligatorische Schulausbildung verfügen. Von dieser Bildungsexpansion der letzten fünfzig Jahre haben Frauen besonders profitiert (vgl. Lamprecht und Stamm 1996). Immer mehr Frauen verfügen über Tertiärbildung und seit einigen Jahren absolvieren in der Schweiz mehr Frauen als Männer die Matura und eröffnen sich damit den Zugang zu den Hochschulen. Diese Entwicklung hat dabei auch einen grossen Effekt auf die Optionen der Lebensplanung auf die eine junge Frau heute zurückgreifen kann. Durch die Verlängerung der Ausbildungszeit verschiebt sich auch der Zeitpunkt der Familiengründung und jede zweite Frau mit Tertiärbildungsabschluss verzichtet heute ganz darauf die Elternrolle zu übernehmen. Allenfalls werden sie dennoch zu Trirollenfrauen, wenn durch den Lebenspartner Kinder zur Familie stossen. Damit dies nach der hier verwendeten Definition allerdings der Fall ist, müssten die Kinder auch in diesem Haushalt leben, was bei der aktuellen Scheidungspraxis in der Schweiz eher selten der Fall ist. In der Regel werden die Kinder der Mutter zur Betreuung übergeben.

Da die Trirollenträger bei den Männern die mit Abstand am meisten verbreitete Rollenkonfiguration ist, entspricht die durchschnittliche Verteilung der Bildungsstufen ziemlich genau jener dieses Konfigurationstyps. Partnermänner und Singles haben etwas seltener lediglich die obligatorische Schule besucht und sind entsprechend auf der Sekundarstufe II und mit Tertiärbildungsabschluss leicht übervertreten.

Bei den Frauen scheint es verschiedene Typen von Trirollenträgerinnen zu geben. Sowohl der Anteil Trirollenträgerinnen mit Hochschulabschluss wie auch mit lediglich obligatorischer Bildung ist höher als der Durchschnitt. Auf die Frage, ob dies damit zusammenhängt, dass die einen Trirollenfrauen arbeiten *müssen*, damit die Familie über genug Einkommen verfügt während die Frauen mit Tertiärbildung im Sinne der Gleichstellung in der Partnerschaft arbeiten *wollen*, soll an späterer Stelle noch vertieft eingegangen werden (vgl. Kapitel 6.2.2).

Partnerfrauen ohne Berufsrolle haben deutlich häufiger als der Durchschnitt lediglich die obligatorische Schule besucht. Das hängt – wie einführend erwähnt – damit zusammen, dass es sich bei diesen Frauen um grösstenteils ältere Personen handelt (vgl. Tabelle 5-3).

Tabelle 5-5: Bildung nach Rollenkonfigurationstypen und Geschlecht

	Bildungsniveau			%
	oblig. Schule	Sek. II	Tertiär	
1. Trirollenträger	13.1%	55.3%	31.6%	50.7%
2. Alleinerziehende	(12.2%)	64.5%	(23.4%)	1.3%
3. Partnerpersonen	9.1%	58.7%	32.2%	24.0%
4. Singles	8.3%	59.4%	32.3%	17.0%
5. Eltern ohne Berufsrolle	39.3%	40.7%	20.0%	2.6%
6. Alleinerziehende ohne Berufsrolle	*	*	*	*
7. Partnerpersonen ohne Berufsrolle	17.8%	56.8%	25.3%	2.1%
8. Rollenlose	16.2%	57.9%	26.0%	2.2%
Total	12.2%	56.6%	31.2%	100.0%
1. Trirollenträger	24.2%	59.9%	15.9%	16.2%
2. Alleinerziehende	18.5%	62.1%	19.4%	3.4%
3. Partnerpersonen	15.7%	66.1%	18.2%	12.9%
4. Singles	12.5%	66.1%	21.4%	12.0%
5. Eltern ohne Berufsrolle	19.5%	69.7%	10.8%	36.8%
6. Alleinerziehende ohne Berufsrolle	34.8%	55.1%	(10%)	1.4%
7. Partnerpersonen ohne Berufsrolle	29.9%	59.6%	10.5%	12.9%
8. Rollenlose	23.1%	60.8%	16.2%	4.5%
Total	20.6%	65.0%	14.4%	100.0%

n= 8'676 Männer, 9'944 Frauen; * n<10.

Berufstätige Personen, die mit einem ebenfalls im Arbeitsmarkt integrierten Partner ohne Kinder zusammen leben, sind unter den Grossverdienern am stärksten vertreten. Dies ist nicht weiter überraschend, denn beide Partner generieren Einkommen und es müssen keine Kinder mitfinanziert werden. Der Anteil Partnerfrauen mit hohem Einkommen ist sogar noch etwas höher als jener der Partnermänner was damit zusammen hängt, dass die Partner dieser Frauen mit hoher Wahrscheinlichkeit ebenfalls berufstätig sind, was bei Partnermännern nicht zwingend sein muss. In dieser Gruppe sind auch viele Männer höheren Alters in der Nachkindphase vertreten, deren

Frauen nicht wieder in den Arbeitsmarkt eingestiegen sind. Single-Männer sind unter den Grossverdienern deutlich stärker vertreten als Single-Frauen was einerseits mit dem allgemeinen nach wie vor existierenden Lohngefälle resp. der Lohndiskriminierung zwischen Frauen und Männern zusammenhängt. Zudem sind die Single-Männer eher jünger und besser gebildet, was sich wiederum auf eine Erhöhung des Lohns auswirkt. Bei den Frauen hat es in der Gruppe der Singles mehr geschiedene Frauen mittleren und höheren Alters mit tieferer Bildung und entsprechend schlechteren Karriere- und Einkommenschancen (vgl. Tabelle 5-3 und 5-4).

Bei der Gruppe der tiefsten Einkommen sind entsprechend alle Konfigurationstypen mit Elternrolle übervertreten. Die Kinderbetreuung beansprucht viele Ressourcen sowohl in der Familie als auch in der Fremdbetreuung. Nicht selten geht ein Grossteil des Einkommens der erwerbstätigen Mutter für die während ihrer Arbeitszeit notwendige Kinderbetreuung drauf. Gleichzeitig ist es heute für viele Familien eine ökonomische Überlebensfrage auf zwei Einkommen zurückgreifen zu können. Entsprechend ist es für Trirollenträger schwierig höhere Einkommen zu erwirtschaften und es ist nicht verwunderlich, dass viele einkommensschwache Familien wie auch geschiedene Partner mit Elternpflichten an der Armutsgrenze leben. Am prekärsten ist dabei die Situation allein erziehender Mütter. Zwei Drittel dieser Frauengruppe müssen mit einem tiefen Haushaltsbudget zurechtkommen (vgl. Tabelle 5-6).

Tabelle 5-6: Haushaltsäquivalenzeinkommen nach Rollenkonfigurationstypen und Geschlecht

	Einkommensklassen				%
	bis 3000	3000 - 4499	4500 - 5999	6000 +	
1. Trirollenträger	54.3%	32.1%	9.8%	3.8%	50.7%
2. Alleinerziehende	42.8%	35.3%	(14.6%)	(7.3%)	1.3%
3. Partnerpersonen	21.2%	27.8%	26.5%	24.6%	24.2%
4. Singles	18.1%	25.8%	32.6%	23.5%	17.2%
5. Eltern ohne Berufsrolle	79.3%	(15.5%)	*	*	2.4%
6. Alleinerziehende ohne Berufsrolle	*	*	*	*	*
7. Partnerpersonen ohne Berufsrolle	37.5%	31.2%	17.6%	13.7%	2.0%
8. Rollenlose	44.7%	28.4%	15.7%	11.2%	2.1%
Total	40.0%	29.5%	17.9%	12.5%	100.0%
1. Trirollenträger	44.2%	38.6%	13.1%	4.1%	16.1%
2. Alleinerziehende	65.5%	26.4%	(6.7%)	*	3.4%
3. Partnerpersonen	12.0%	29.7%	31.9%	26.3%	13.0%
4. Singles	17.9%	32.9%	35.7%	13.5%	12.2%
5. Eltern ohne Berufsrolle	63.8%	29.0%	5.6%	1.5%	36.8%
6. Alleinerziehende ohne Berufsrolle	81.8%	(11.9%)	*	*	1.4%
7. Partnerpersonen ohne Berufsrolle	37.7%	37.6%	17.3%	7.4%	12.7%
8. Rollenlose	39.9%	34.8%	16.8%	8.5%	4.4%
Total	44.3%	32.1%	15.9%	7.7%	100.0%

n= 8'570 Männer, 9'687 Frauen; * n<10.

5.3.4 Veränderung der Verteilung der Rollenkonfigurationstypen zwischen 1992 und 2002

Gesellschaftliche Strukturen befinden sich in einem steten – wenn oft auch sehr langsamen Wandel. Dies trifft für alle Bereiche wie das Bildungssystem, die Arbeitswelt oder auch die familiären Strukturen zu. Meistens erkennt man den Wandel an seinen (sozialen) Konsequenzen wie steigende Scheidungsrate oder auch Zunahme von Frauen, die neben der Familie eine eigene berufliche Karriere realisieren. Diese Veränderungen schlagen sich auch in der Verteilung der Rollenkonfigurationen nieder. Im Folgenden wird untersucht, ob sich zwischen 1992 und 2002 Verschiebungen zwischen den Verteilungen beobachten lassen. Die augenfälligste Zunahme findet sich bei den Trirollenträgerinnen (vgl. Tabelle 5-7). Während 1992 nur gut jede zehnte, in Partnerschaft lebende Frau mit Kind arbeitstätig war, sind es zehn Jahre später mit 20.7% beinahe doppelt so viele. Dies hat unter anderem damit zu tun, dass in dieser Zeit das ausserfamiliäre Betreuungssystem für Kinder und Kleinkinder stark ausgebaut wurde. Zudem hat hier auch eine gewisse gesellschaftliche Normveränderung stattgefunden: Eine arbeitende Mutter gilt nicht mehr (unbedingt) als Rabenmutter.

Eine weitere bemerkenswerte Zunahme findet sich bei den Partnerfrauen. Das hängt damit zusammen, dass Frauen in der Nachkindsphase häufig wieder (stärker) in das Berufsleben einsteigen. Diese beide Zunahmen haben zur Konsequenz, dass der Anteil Partnerfrauen sowie Mütter ohne Berufsrolle deutlich abgenommen hat. All diese Veränderungen hängen auch damit zusammen, dass ein Generationenwechsel stattgefunden hat. Die neue Generation Frauen ist gut gebildet und erachtet es als selbstverständlich oder zumindest als wünschenswert, neben der Mutter und Hausfrauenrolle auch in der Arbeitswelt integriert zu sein resp. zu bleiben. Bei den Männern hat sich der Anteil Trirollenträger zwischen 1992 und 2002 noch weiter erhöht zu Lasten der beiden anderen modalen Rollenkonfigurationstypen. Es gibt 2002 deutlich weniger allein stehende Single-Männer wie auch Männer die mit Partnerin aber ohne Kind leben.

Tabelle 5-7: Verteilung der Rollenkonfigurationstypen 1992 und 2002

	Frauen		Männer	
	1992	2002	1992	2002
1. Trirollenträger	11.5%	20.7%	46.3%	54.6%
2. Alleinerziehende	3.5%	3.2%	1.5%	1.0%
3. Partnerpersonen	11.3%	14.5%	26.2%	22.2%
4. Singles	11.9%	12.0%	20.0%	14.5%
5. Eltern ohne Berufsrolle	39.2%	34.6%	1.9%	3.1%
6. Alleinerziehende ohne Berufsrolle	1.7%	1.1%	*	*
7. Partnerpersonen ohne Berufsrolle	15.2%	10.6%	1.6%	2.5%
8. Rollenlose	5.7%	3.2%	2.3%	2.0%

* Zellen mit n<10

n= 3'723 Männer 1'992, 4'956 Männer 2'002; 4283 Frauen 1'992, 5'662 Frauen 2002

6 ZUSAMMENHANGSANALYSEN UND MULTIVARIATE MODELLE

6.1 Zusammenhang zwischen verschiedenen Gesundheitsindikatoren

In Kapitel 5 wurden mit dem selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand, dem Index für körperliche Beschwerden als Resultat von psychosozialen Stress, dem Index für psychisches Wohlbefinden und dem Rauchverhalten vier verschiedene Dimensionen von Gesundheit betrachtet. Im vorliegenden Abschnitt soll nun untersucht werden, wie die verschiedenen Dimensionen von Gesundheit zusammen hängen und ob sich Muster von Multimorbiditäten abzeichnen.

Tabelle 6-1: Ausprägungen der vier Gesundheitsdimensionen, Frauen und Männer (in %)

Indikator	Kategorien	Frauen	Männer
Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand	sehr schlecht	0.5	0.5
	schlecht	3.0	2.4
	mittelmässig	10.7	8.3
	gut	60.5	61.8
	sehr gut	25.3	27.0
Körperliche Beschwerden	starke Beschwerden	28.7	16.6
	einige Beschwerden	36.5	31.9
	keine/kaum Beschwerden	34.8	51.5
Psychisches Wohlbefinden	niedrig	26.0	23.0
	mittel	25.0	24.7
	hoch	49.0	52.3
Starke Raucher und Tabakabstinente	Raucher (20+ Zigaretten/Tag)	15.6	31.4
	nie geraucht	84.4	68.6

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992 und 2002

8'214 < n < 8'817, 4'629 n bei Rauchen (Männer); 9'493 < n < 10'172, 6'086 n bei Rauchen (Frauen)

Tabelle 6.1 fasst nochmals die vier betrachteten Aspekte von Gesundheit und ihren jeweiligen Ausprägungen nach Frauen und Männern getrennt zusammen. Über die Beziehungsstrukturen der verschiedenen Gesundheitsdimensionen gibt Tabelle 6.2 Auskunft⁴⁰. Die aufgeführten Gamma-Koeffizienten belegen, dass die verschiedenen Dimensionen positiv korreliert sind. Das heisst, wer seine allgemeine Gesundheit als gut einschätzt, erfreut sich tendenziell auch eines guten psychischen Wohlbefindens, hat weniger Probleme mit körperlichen Beschwerden und ist

⁴⁰ Eine Korrelationsmatrix mit den Beziehungen zwischen allen abhängigen und unabhängigen Variablen findet sich im Anhang.

eher Nichtraucher. Die Zusammenhänge sind allerdings allesamt eher schwach bis sehr schwach. Die verschiedenen Dimensionen sind also nicht deckungsgleich.

Tabelle 6-2: Zusammenhänge zwischen verschiedenen Dimensionen von Gesundheit

	Wahrgen. Gesundheit	Psychisches Wohlbefinden	Beschwerden	Rauchen
Wahrgen. Gesundheit	(18'988)	0.227*** (18'005)	0.290*** (17'716)	0.059*** (10'711)
Psychisches Wohlbefinden	0.227*** (18'005)	(18'007)	0.298*** (16'826)	0.072*** (10'254)
Beschwerden	0.290*** (17'716)	0.298*** (16'826)	(17'719)	0.063*** (9'981)
Rauchen	0.059*** (10'711)	0.072*** (10'254)	0.063*** (9'981)	(10'714)

Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992 und 2002. n wird in Klammern ausgewiesen.

Gamma-Koeffizienten für ordinales Skalenniveau; die Reihenfolge der Ausprägungen der Variablen entspricht Tabelle 6.1. Die Berechnungen basieren auf ungewichteten Daten, alle aufgeführten Werte sind auf dem 99%-Niveau signifikant.

Erstaunlich schwach erweist sich der Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Gesundheit, psychischer Gesundheit und körperlichen Beschwerden. Es scheint das allgemeine und psychische Wohlbefinden nur marginal zu beeinflussen, ob jemand unter körperlichen Beschwerden leidet, die als Symptome von psychosozialen Stress eingeschätzt werden.

Die Korrelationen zwischen Rauchverhalten und den übrigen Indikatoren für Gesundheit sind allesamt sehr schwach. Dies bedeutet, dass Rauchen im Alltag die allgemeine Gesundheit nur wenig beeinflusst. Tabakkonsum verursacht erst relativ spät körperliche Schäden, diese sind dann jedoch oft ernst und irreparabel (Lungenkrebs, Raucherbein etc.). Personen die unter tabakkonsumbedingten Beschwerden leiden sind deshalb möglicherweise in der Stichprobe unterrepräsentiert, da Patientinnen und Patienten in Spitälern, Rehabilitationskliniken etc. nicht befragt wurden.

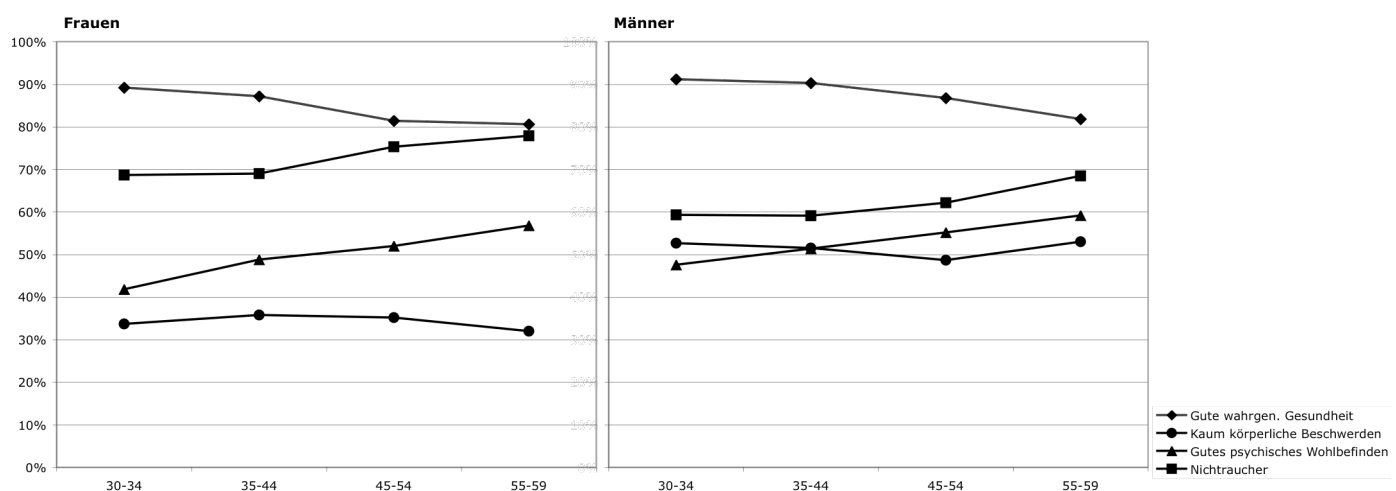
Bei der Interpretation der in Tabelle 6.2 aufgeführten Zusammenhangsmasse gilt es allerdings zu berücksichtigen, dass die Beziehungen zwischen den einzelnen Gesundheitsdimensionen durch Alters- und Geschlechtereffekte überlagert werden (vgl. dazu die ausführlichen Analysen in Kapitel 5). So kann etwa der erstaunlich schwache Zusammenhang zwischen wahrgenommener Gesundheit und psychischem Wohlbefinden dadurch zustande kommen, dass ältere Leute ihre allgemeine Gesundheit als eher schlecht einschätzen und dafür über ein besseres psychisches Wohlbefinden verfügen als jüngere. Würden die Zusammenhänge nach Alter und Geschlecht differenziert berechnet, könnte das Bild anders ausfallen.

Um den Einfluss des Alters und des Geschlechts auf die Gesundheit besser einschätzen zu können, sind die Prävalenzen für die einzelnen Altersgruppen in Abbildung 6.1 zusammenfassend dargestellt. Dabei zeigt sich, dass in jüngeren Jahren die allgemeine Gesundheit als am besten

wahrgenommen wird und sich dann in den höheren Altersgruppen verschlechtert. Genau entgegengesetzt verhält es sich mit dem psychischen Wohlbefinden und dem Rauchverhalten. Das psychische Wohlbefinden steigert sich mit zunehmendem Alter und auch der Anteil an Rauchabstinenten ist in den höheren Altersgruppen grösser als bei den jüngeren. Interessanterweise bleibt der Anteil Personen mit wenig körperlichen Beschwerden über das Alter konstant. Diese Beschwerden werden scheinen also nicht durch körperliche Abnutzungserscheinungen im Alter verursacht zu sein. Betrachten wir das gesamte Bild so ist augenfällig, dass das Niveau an tabakabstinenten Frauen in allen Altersgruppen deutlich über jenem der Männer liegt. Die Kuren des psychischen Wohlbefindens und der allgemein wahrgenommenen Gesundheit verlaufen in etwa gleich. Der Verlauf von körperlichen Beschwerden ist bei den Frauen und Männern ähnlich, wenn auch auf verschiedenen Niveaus. Männer aller Altersgruppen haben höhere Anteile an Personen mit keinen oder nur marginalen körperlichen Beschwerden.

Dies könnte damit zusammen hängen, dass Frauen und Männer unterschiedlich auf psychosozialen Stress reagieren. Während Frauen die Spannungen eher internalisieren, was dann in körperlichen Beschwerden zum Ausdruck kommt, reagieren Männer vermehrt mit gesundheitsschädigendem Verhalten durch vermehrten Tabak- und Alkoholkonsum (vergleiche hierzu die Auseinandersetzung bezüglich selbstschädigendem Verhalten in (Bornscher 2007: Kapitel 3)).

Abbildung 6-1: Gesundheitsdimensionen nach Geschlecht und Altersgruppen



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/93 und 2002.

9493 < n 10'172 (Frauen); 8214 < n < 8'817 (Männer)

6.2 Logistische Regressionen, traditionelle Ungleichheitsmodelle und Erweiterung durch Rollenkonfigurationen

Im Folgenden sollen die anfangs aufgeworfenen Fragen (vgl. Kapitel 1) und die im Laufe der Arbeit postulierten Hypothesen (vgl. Kapitel 3.6) anhand logistischer Regressionen empirisch geklärt resp. verifiziert werden. Dabei wird für alle abhängigen Variablen (Gesundheitszustand) ein konsequentes Strickmuster angewendet. Im ersten Modell wird geprüft, inwiefern Gesundheitszustand durch die sozioökonomischen Variablen Bildung, Einkommen und Berufsstatus erklärt werden kann. Jahr, Alter und Geschlecht werden dabei als Kontrollvariablen im Modell ebenfalls berücksichtigt. Bei den beiden ‚biologischen‘ Variablen Alter und Geschlecht handelt es sich gleichzeitig um Indikatoren der genannten *neuen* Ungleichheiten (vgl. Kapitel 2.2.3). In einem zweiten Schritt wird dieses klassische Modell zur Messung sozialer Ungleichheit durch die Rollenkonfigurationen aus Berufs-, Eltern- und Partnerrolle (vgl. 3.3.4) erweitert.

Sehr viele Studien zu sozialer Ungleichheit und Gesundheit beschränken sich auf die Betrachtung der Männer, bestenfalls wird das Geschlecht als „Kontrollvariable“ eingeführt. Dieses Vorgehen berücksichtigt jedoch nicht, dass sich die Ungleichheitsstrukturen in Bezug auf Gesundheit zwischen den Frauen und Männern deutlich unterscheiden (könnten). Um diesem Umstand gerecht zu werden, wird in einem nächsten Schritt das angereicherte Modell für Frauen und Männer getrennt geschätzt. Um auch noch über allfällige Veränderungen in den einzelnen Dimensionen Aussagen machen zu können wird im letzten Modell das Erhebungsjahr als Interaktionsterm (vgl. Kapitel 4.4) in die Regressionsgleichung eingeführt. Dieses Vorgehen wird zuerst für das Gesamtmodell und dann für die Frauen und Männer auch getrennt angewendet.

Dieses sehr strukturierte Vorgehen erlaubt es, einen guten Überblick über die verschiedenen vorhandenen Muster gesundheitlicher Ungleichheit zu gewinnen. Bei der hier zentralen Variablen *selbst eingeschätzte Gesundheit*, werden anhand der B-Werte zudem verschiedene spezifische Konstellationen betrachtet und miteinander verglichen. Anhand der Odd's Ratios (vgl. Kapitel 4.3) können die Differenzen in der Wahrscheinlichkeit für gute und schlechte Gesundheit eindrücklich und leicht verständlich dargestellt werden.

6.2.1 Bildung und Einkommen prägen den allgemeinen Gesundheitszustand

Mehr Bildung und ein höheres Einkommen begünstigen (auch) in der Schweiz die Gesundheit. Je höher die Bildung und je mehr Geld zur Verfügung steht, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person angibt, sie fühle sich gut oder sehr gut. Modell 1⁴¹ enthält die klassischen

⁴¹ Alle Modelle befinden sich im Anhang.

Indikatoren Bildung, Einkommen und berufliche Stellung zur Messung des sozio-ökonomischen Status einer Person. Den allergrössten Einfluss auf das Wohlbefinden hat allerdings das Alter. Die 30 bis 39-jährigen fühlen sich am besten, mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit stark an, dass jemand angibt, sich schlecht oder gar sehr schlecht zu fühlen. Die 50-59-jährigen Personen geben 2.5mal häufiger an, sich gegenwärtig schlecht oder sehr schlecht zu fühlen. Frauen und Männer unterscheiden sich dabei nicht signifikant von einander.

Bildung und Einkommen haben wie erwähnt ebenfalls einen starken Einfluss auf das allgemeine Wohlbefinden. Personen mit Hochschulabschluss und mit einem Haushaltsäquivalenzeinkommen der höchsten Einkommensgruppe erfreuen sich der besten Gesundheit. Personen mit höchstens obligatorischer Schulausbildung haben eine 2.5fache Wahrscheinlichkeit, sich schlecht oder sehr schlecht zu fühlen. Ähnlich verhält es sich mit dem Einkommen. Mit abnehmendem Budget steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sich eine Person schlecht fühlt. Personen der tiefsten Einkommensklasse haben das doppelte Risiko schlechter Gesundheit als die Mitglieder der Gruppe der höchsten Einkommen.

Unter den Berufstätigen erfreuen sich höhere Führungskräfte und Freiberufler der besten Gesundheit, sie unterscheiden sich allerdings nicht signifikant von den selbständigen Kleinunternehmern. Das höchste Risiko, sich schlecht oder sehr schlecht zu fühlen haben Personen mit manuellen Berufen sowie höher qualifizierte, nicht manuelle Berufe und Personen im mittleren Kader. Das Risiko für schlechte Gesundheit ist bei diesen Berufsgruppen doppelt bis nahezu dreimal so hoch wie beim Topmanagement und den freien Berufen. In den Jahren zwischen 1992 und 2002 scheint sich die allgemein wahrgenommene Gesundheit nicht signifikant verändert zu haben.

Das Gesamtmodell 1 ist hoch signifikant und vermag 6% der Varianzen zu erklären, ein passabler Wert für ein Schätzmodell mit Daten auf Individualebene.

Keine Chancengleichheit in der Schweizer Gesundheit

Das Gesamtmodell 1 bestätigt also die Hypothesen zu Frage 2 (vgl. Kapitel 3.6), dass sich höherer sozio-ökonomischer Status – auch in der Schweiz – positiv auf die allgemeine Gesundheit auswirkt. Dabei spielt es keine Rolle, ob Bildung, Einkommen oder der Berufsstatus betrachtet wird. Somit muss die Frage nach dem Bestehen von Chancengleichheit in der Gesundheit in der Schweiz definitiv verneint werden. Im Gegenteil, es finden sich beträchtliche Differenzen zwischen den verschiedenen sozioökonomischen Gruppen.

6.2.2 Bereicherung des Modells Integration von Rollenkonfigurationen

Werden nun die acht, aus Berufs-, Partner- und Elternrollen zusammen gesetzten, Rollenkonfigurationen (vgl. 5.3) in das Regressionsmodell eingeführt, fällt als erstes auf, dass sich die Erklä-

rungskraft des Modells 2 gegenüber dem klassischen Ungleichheitsmodell 1 von 6 auf 12% erklärte Varianz verdoppelt. Dies ist ein klarer Hinweis für die Legitimität, die Ungleichheitsforschung mit Ansätzen aus der Rollentheorie zu ergänzen. Der Rollenhaushalt und somit die Lebenssituation einer Person hat also gesamthaft betrachtet den gleich starken Einfluss auf die Gesundheit wie Alter, Geschlecht und sozio-ökonomischer Status. Somit ist die Frage 3 (vgl. Kapitel 3.6) nach dem Mehrwert durch Berücksichtigung sozialer Rollen und insbesondere ihrer Konfigurationen beantwortet. Die Erweiterung des Ungleichheitsmodells ist nicht nur theoretisch plausibel, sie lässt sich auch empirisch eindrücklich belegen.

Da sich die Ausgestaltung des Rollenhaushalts von Männern und Frauen stark unterscheidet (vergleiche Kapitel 5.3) muss das durch die Rollenkonfigurationen angereicherte Modell konsequenterweise für Frauen und Männer getrennt betrachtet werden. Und tatsächlich unterscheiden sich die Parameter des Schätzmodells für Frauen (Modell 3) markant von denjenigen der Männer (Modell 4). Es lassen sich ganz andere Muster ablesen und wiederum zeigt sich die Differenz am augenfälligsten in der Erklärungskraft der beiden Modelle. Während bei den Männern nun ein Fünftel der Varianz erklärt werden kann, ist die Erklärungskraft des Modells für die Frauen mit 9% geringer als beim Gesamtmodell aber dennoch überdurchschnittlich. Somit bestätigt sich die Wichtigkeit, die Effekte und Zusammenhänge zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit für Frauen und Männer getrennt und vergleichend zu untersuchen (Annandale und Hunt 2000; Babitsch, Ducki und Maschewsky-Schneider 2006; Babitsch 2005; Babitsch 2006; Babitsch et al. 2006; Fuchs und Machewsky-Schneider 2001).

Arbeitende Frauen fühlen sich besser

Trirollenträgerinnen⁴², also Frauen die arbeiten, Kind und Partner haben, im Alter zwischen 30 und 39 Jahren, mit einer Berufsausbildung, im höheren Management oder freiberuflich tätig und mit einem hohen Haushaltseinkommen erfreuen sich der besten Gesundheit. Die Wahrscheinlichkeit, dass sich eine Person mit diesen Merkmalen gut oder sehr gut fühlt, ist mit 99% ($p=0.01$) praktisch garantiert. Am anderen Ende befinden sich allein stehende, kinderlose⁴³ Frauen im Alter zwischen 50 und 59 Jahren mit lediglich obligatorischer Schulbildung, die einen qualifizierten, manuellen Beruf erlernt haben, zur Zeit jedoch nicht arbeiten und über ein geringes Einkommen verfügen. Die statistische Wahrscheinlichkeit, dass sich eine Frau in diesen Lebensumständen

⁴² Dieser Befund ist somit Bestätigung für und Replikation der Studie Meyers über den Effekt von Rollenkonfigurationen Meyer, Peter C. 2000. *Rollenkonfigurationen, Rollenfunktionen und Gesundheit: Zusammenhänge zwischen sozialen Rollen, sozialem Stress, Unterstützung und Gesundheit*. Opladen: Leske + Budrich..

⁴³ Die Rollen beziehen sich auf den aktuellen Status. Es kann in dieser Altersgruppe durchaus sein, dass eine ‚kinderlose‘ Frau eigentlich Kinder hat, die jedoch nicht mehr zu Hause wohnen. Solch eine Frau trägt deshalb nach der hier verwendeten Definition keine Elternrolle (mehr).

schlecht fühlt ist nahezu „fifty-fifty“ (46%) und ist somit 82mal höher als bei einer Trirollenträgerin mit den beschriebenen Merkmalen.⁴⁴

Noch gilt die Endgültigkeit des ausgewiesenen, gesundheitsfördernden Effekts der Kombination von Berufs-, Partner, und Elternrolle zu testen. Wie in Kapitel 3.3.3 ausgeführt, gibt es auch Stimmen die der Meinung sind, multiple Rollen verursachen Stress und haben so einen negativen Effekt auf die Gesundheit. Es wäre vorstellbar, dass die sozio-ökonomischen Bedingungen den positiven Effekt massgeblich prägen. Es ist nicht dasselbe, ob eine Frau aus einem gut situierten Haushalt im Sinne von Selbstverwirklichung einer Arbeit nachgeht oder die Mehrfachbelastung akzeptiert werden muss, weil das (zusätzliche) Einkommen für das Überleben der Familie schlichtweg notwendig ist. Im Hinblick auf die verschiedenen Ansätze bezüglich der Auswirkungen multipler Rollen auf das Wohlbefinden könnte argumentiert werden, dass im ersten Fall die Enrichment-, im zweiten Fall jedoch die Role-Strain-These zum Tragen kommt. Im ersten Fall ist es wahrscheinlich, dass sich durch die Kombination der drei verschiedenen Rollen zusätzliche Ressourcen erschliessen lassen. Es sind etwa genügend finanzielle Mittel vorhanden, um eine befriedigende Lösung für die Kinderbetreuung zu finden. Somit kann sich die Mutter ohne schlechtes Gewissen ihrer Arbeit widmen und erlebt die Kinder in der Freizeit als Bereicherung. Wenn nun jedoch der Erlös der möglicherweise monotonen und/oder körperlich anspruchsvollen Erwerbsarbeit mehr schlecht als recht zum Leben reicht und daneben noch Kinder versorgt werden müssen, könnte diese Mehrfachbelastung tatsächlich gesundheitsschädigende Auswirkungen haben. Eine weitere offene Frage in diesem Zusammenhang ist auch, ob Partner in allen sozialen Lagen einen gesundheitsfördernden Effekt haben.

Wird nun das Einkommen einer Trirollenträgerin bei Kontrolle der übrigen Variablen (30-39 Jahre, Sekundarstufe II, höhere Führungskraft) von der höchsten zur tiefsten Einkommensgruppe verschoben, verdoppelt sich die Chance schlechter Gesundheit (Odds Ratio 2.55). Wird zudem die Bildung auf obligatorische Schule reduziert und der Beruf zu gelernter manueller Beruf gewechselt, so erhöhen sich die Chancen für schlechte Gesundheit um mehr als das Zehnfache (Odds Ratio 13.5) In solch einer Konstellation könnte nun nach den theoretischen Überlegungen argumentiert werden, dass es für das Wohlbefinden der Frauen zuträglich wäre wenn sie sich auf die Ausübung der Partner- und Elternrolle beschränken könnten. Wird jedoch dieselbe Konstellation ohne Berufsrolle betrachtet, so führt dies tatsächlich zu keiner Entspannung. Die Wahrscheinlichkeit für schlechte Gesundheit nimmt sogar noch etwas zu (Odds Ratio 16.2).

Dies bringt uns zu der Erkenntnis, dass höhere Familienbudgets und höhere Bildung bei Frauen einen eindeutig gesundheitsfördernden Effekt ausüben. Aber unabhängig vom sozioökonomischen Status hat die Partizipation am Arbeitsmarkt einen positiven Einfluss auf das allgemeine

⁴⁴ Hier handelt es sich allerdings nicht um eine Beschreibung konkreter Personen. Vielmehr sind dies auf statistischer Basis konstruierte „Kunstfiguren“.

Wohlbefinden aller Frauen. Somit muss die Hypothese, mehr Rollen führten zu mehr Stress nach dem Role-Strain Ansatz verworfen und die Gegenhypothese im Sinne des Role-Enrichment Ansatzes bestätigt werden.

Arbeitslose Männer tragen ein grosses Gesundheitsrisiko

Wie schon bei den Frauen beobachtet, gehen auch bei den Männern höhere Bildung und Einkommen Hand in Hand mit guter Gesundheit. Männer mit Hochschulabschluss, hohem Familieneinkommen und einer Führungsposition oder freiberuflich tätig, erfreuen sich der besten Gesundheit. Überraschend ist hingegen der empirische Befund, dass alleinerziehende Männer mit dem beschriebenen sozioökonomischen Status die allerbeste Chance haben, sich gesund zu fühlen. Da jedoch nur einer von hundert Männern diese Merkmalskombination trägt handelt es sich bei diesem Befund wohl um ein Artefakt.

Ein deutlicher wie auch höchst signifikanter Zusammenhang besteht jedoch zwischen Erwerbstätigkeit und Gesundheit. Alle Konstellationen ohne Berufsrolle sind durch sehr hohe Wahrscheinlichkeiten auf eine schlechte Gesundheit gekennzeichnet. Unter den Rollenkonfigurationen mit Berufsrolle erhöht die Abwesenheit der Elternrolle die Chancen einer schlechten Gesundheit um 50%, allein stehende Männer haben gar eine 2.5mal höhere Chance.

Die schlechteste gesundheitliche Perspektive hat ein allein stehender Mann im Alter zwischen 50 und 59 Jahren mit obligatorischer Schulbildung, der als ungelernter Handwerker arbeitet und damit nur ein sehr tiefes Einkommen generiert. Seine Chancen auf eine gute Gesundheit sind im Vergleich zu einem Trirollenträger mit höchstem sozioökonomischen Status über 50mal geringer. Jeder Anstieg an Bildung oder Einkommen würde seine Chance auf eine gute Gesundheit markant verbessern.

Die beschriebenen Zusammenhänge basieren auf den Daten von 1992 und 2002. Gesamthaft betrachtet bestehen keine Unterschiede bezüglich der wahrgenommenen Gesundheit zu den beiden Zeitpunkten. Der Zeitdummy erweist sich in den Modellen 1 bis 4 als nicht signifikant. Dies bedeutet allerdings nicht, dass sich die relativen Unterschiede in den einzelnen Variablen nicht verändert hätten. Um diese Frage zu klären muss die Zeit als Interaktion eingeführt werden. Dies soll im folgenden Abschnitt erfolgen.

Veränderung der gesundheitlichen Benachteiligung zwischen 1992 und 2002

In den folgenden Modellen soll betrachtet werden können, ob sich die in den Modellen 1 bis 4 ausgewiesenen Differenzen und Benachteiligungen bezüglich der Wahrnehmung der eigenen Gesundheit in den zehn Jahren zwischen 1992 und 2002 signifikant verändert haben. Um dies zu erreichen werden in den Modellen mit den Rollenkonfigurationen jeweils die Interaktionseffekte mit der Zeit integriert. Somit kann betrachtet werden, ob sich beispielsweise der Effekt eines

tiefen Einkommens oder geringer Schulbildung auf die Gesundheit zwischen 1992 und 2002 verändert hat.

Betrachten wir das Gesamtmodell 5 für Frauen und Männer, so fällt als erstes auf, dass wenn mit Zeit interagiert wird, eine signifikante Differenz zwischen der Gesundheit 1992 und 2002 besteht. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person 2002 im Vergleich zu 1992 angibt, sich gesundheitlich nicht gut zu fühlen, hat sich gesamthaft betrachtet um mehr als ein Drittel reduziert. Dieser Effekt verschwindet allerdings, wenn das Modell für Frauen (Modell 6) und Männer (Modell 7) getrennt betrachtet wird.

Dasselbe trifft auch für den negativen Effekt höheren Alters auf die Gesundheit zu. Auch dieser ist zwischen 1992 und 2002 im Gesamtmodell signifikant (Odds Ratio 1.3), kann aber wiederum in den nach Geschlecht getrennten Modellen nicht mehr nachgewiesen werden. Erneut erweist es sich also als korrekt und unumgänglich, die Frage des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und sozialen Rollen und Gesundheit für Frauen und Männer getrennt zu betrachten. Es reicht nicht aus, lediglich eine Variable für das Geschlecht in das Schätzmodell einzuführen.

Bildung hat auch hier einen sehr grossen Einfluss darauf, ob sich eine Person einer guten Gesundheit erfreut. Der Effekt hat sich während den beiden Zeitpunkten allerdings weder bei den Frauen, bei den Männern noch im Gesamtmodell verändert.

Beim Einkommen findet sich hingegen erneut der bereits oben beschriebene Effekt. Die relative gesundheitliche Situation zwischen den Personen mit einem tiefen Haushaltseinkommen hat sich im Vergleich zu Personen der Gruppe mit dem höchsten Einkommen weiter verschlechtert. Auch diese Differenz findet sich ausschliesslich im Gesamtmodell 5. Gar keine Veränderungen finden sich bezüglich der Stellung im Beruf, wobei die absoluten Effekte mit Odds Ratios bis 2.2 von Managerinnen im Gegensatz zu Frauen in qualifizierten manuellen Berufen, beträchtlich sind.

Die markanteste Veränderung findet sich bei den gesundheitlich benachteiligten Rollenkonfigurationen. Die bereits in den Modellen 2-4 aufgezeigte Problematik von Personen ohne Berufsrolle hat sich bei den Frauen zwischen 1992 und 2002 weiter verschärft. Die im Gesamtmodell 5 ausgewiesenen signifikanten Differenzen dürften sich durch die markanten Differenzen im Modell 6 für Frauen erklären lassen. Die Wahrscheinlichkeit, dass sich eine allein erziehende Mutter ohne Berufsrolle, eine traditionelle Ehefrau ohne Elternrolle und eine Frau ohne Berufs-, Mutter- und Partnerrolle schlecht fühlt, hat sich weiter vergrössert. Besonders für allein erziehende, nicht erwerbstätige Mütter hat sich die Situation im Vergleich zu einer Trirollenfrau in den zehn Jahren markant verschlechtert (Odds Ratio 3.3).

In Hinblick auf die 5. Fragestellung und seine Hypothesen (vgl. 3.6) bestätigt sich also die Annahme, dass sich die Situation der gesundheitlich benachteiligten weiter verschlechtert hat, wäh-

rend sich die Gesundheit aller in der Schweiz lebenden Personen gesamthaft betrachtet nicht verändert hat.

Methodische Anmerkung

Dem aufmerksamen Leser mag aufgefallen sein, dass die für logistische Regressionen notwendige Dichotomisierung der abhängigen Variable *selbst wahrgenommener Gesundheitszustand* zwischen den Modellen 1 bis 4 und 5 bis 7 leicht voneinander abweichen. Während bei den Modellen 1 bis 4 Personen die mittlere Kategorie „mittelmässig“ weggelassen wurde, womit Personen mit guter und sehr guter Gesundheit jenen mit schlechter und sehr schlechter gegenübergestellt wurden, wurde in den Modellen 5 bis 7 die mittlere Kategorie der schlechten Gesundheit zugeschlagen. Es finden sich beide Verwendungen in der Literatur. Durch das Weglassen der mittleren Kategorie kann erreicht werden, dass sich die erklärte Varianz leicht erhöht. Inhaltlich können die zu vergleichenden Gruppen besser kontrastiert werden. Durch das Weglassen der mittleren Kategorie geht aber auch Information verloren, denn es kann sein, dass eben die mittlere Kategorie den Ausschlag gibt.

Dies war hier genau der Fall. In den Modellen 1 bis 4 waren die Effekte sehr robust und konsistent. Durch Ausschluss der mittleren Kategorie haben sich die Konsequenzen eines tiefen sozialen Status auf die Gesundheit noch klarer abgezeichnet, ohne jedoch das Gesamtbild massgeblich zu verändern. Keine Variable hat durch den Ausschluss seinen signifikanten Effekt verloren oder erhalten. Durch die Wahl dieser Dichotomisierung konnte jedoch die erklärte Varianz etwas gesteigert werden⁴⁵.

Bei den Modellen 5, 6 und 7 mit Zeit als Interaktionsterm musste die Kategorie „mittelmässig“ beibehalten werden, um das Bild nicht zu verzerren, resp. Information zu verlieren. Gesellschaftliche Veränderungen über die Zeit sind in der Regel wenig manifest und entsprechend mit Querschnittvergleichen schwierig nachzuweisen. Beispielsweise erweist sich die Verschärfung der Benachteiligung von Personen der tiefsten Einkommensklasse zwischen 1992 und 2002 nur im Modell mit der mittleren Kategorie als signifikant. Das bedeutet, dass die aufgezeigte Veränderung auf eine signifikante Zunahme von Personen in der Gruppe der armen Haushalte beruht die angeben, es gehe ihnen gesundheitlich nur mittelmässig.

Verschärfung der relativen Deprivation

Diesem vermeintlich unscheinbaren Befund gilt es grösste Aufmerksamkeit zu schenken, wenn die Frage interessiert, ob sich die gesundheitliche Ungleichheit in den Jahren zwischen 1992 und 2002 verändert hat. Denn er zeigt auf, dass es wohl sein kann, dass sich gesamthaft betrachtet der Gesundheitszustand einer Bevölkerung nicht sicht- resp. messbar verändert hat. Wenn jedoch

⁴⁵ Die alternativen Modelle (1a bis 4a) finden sich ebenfalls im Anhang.

genauer hingeschaut wird so zeigt sich, dass der negative Effekt relativer Deprivation dazu geführt hat, dass sich vermehrt Leute mit geringen materiellen Ressourcen gesundheitlich nicht mehr gut fühlen. Sie sind zwar noch nicht wirklich krank, es geht ihnen aber auch nicht mehr gut, denn durch die soziale Erwünschtheit, dass man sich gut zu fühlen hat, wird die eigene schlechte Gesundheit in der Regel tendenziell als besser angegeben, als sie effektiv ist.

Wenn über den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit geforscht wird, so dient meist die selbst wahrgenommene Gesundheit (self reported health), als Indikator für den Gesundheitszustand, wie er auch hier verwendet wurde. In den folgenden Abschnitten soll das Augenmerk noch auf weitere Dimensionen von Gesundheit gerichtet werden. Einmal werden körperliche Beschwerden betrachtet, von denen angenommen wird, dass sie im Zusammenhang mit psychosozialen Stress stehen. Weiter wird das psychische Wohlbefinden als abhängige Variable gewählt, um auch nicht körperliche Beschwerden, die das allgemeine Befinden massgeblich beeinflussen können, zu berücksichtigen. Letztlich wird mit Rauchen zudem ein gesundheitsrelevantes Verhalten betrachtet, das (noch) nicht als Krankheit verstanden wird, das aber mittel- und langfristig beträchtlichen Einfluss auf den Gesundheitszustand ausüben kann.

6.2.3 Körperliche Beschwerden

Körperliche Beschwerden im Zusammenhang mit sozialer Ungleichheit zu betrachten ist von grosser Relevanz. Denn dadurch, dass diese Beschwerden in Abwesenheit von Fieber gemessen werden, haben wir es hier mit einer Dimension von Gesundheit zu tun, die sich aus Belastungen im Alltag ergeben, sei es im wortwörtlichen Sinn, als Belastungen durch schwere körperliche Arbeit oder auch im übertragenen Sinn als psychosoziale Belastung.

Wird das Gesamtbild der Verteilung von körperlichen Beschwerden mit der allgemeinen Gesundheit verglichen, so zeigen sich viele Parallelen aber auch einige Besonderheiten. Die augenfälligste Abweichung ist die Unabhängigkeit körperlicher Beschwerden von Alter. Während der allgemeine Gesundheitszustand sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen in den höheren Altersgruppen linear als markant schlechter wahrgenommen wurde, findet sich bei den körperlichen Symptomen keine signifikante Veränderung mit zunehmendem Alter⁴⁶.

Ähnlich verhält es sich auch mit dem vorgängig positiven Effekt höherer Bildung. Personen mit einer Bildung auf Sekundarstufe II haben die besten Chancen auf ein beschwerdefreies Leben. Die Differenz zu Personen mit obligatorischer Schulbildung ist zwar signifikant, jedoch nur marginal. Zwischen Personen mit Bildung auf Sekundarstufe II und mit einer Tertiärausbildung be-

⁴⁶ Dies stimmt zumindest für die hier betrachteten 30-60jährigen Personen. Es kann aber nichts darüber ausgesagt werden, wie es sich bei den älteren und hochbetagten Personen verhält.

steht kein signifikanter Unterschied. Die Bildung kann also für die Differenzen bei körperlichen Beschwerden nicht verantwortlich gemacht werden.

In die gleiche Richtung geht es auch beim Effekt des Einkommens. Zwar geht ein überdurchschnittliches Einkommen mit geringeren körperlichen Beschwerden einher, die Differenzen sind aber geringer im Vergleich zur wahrgenommenen Gesundheit. Die grösste Differenz findet sich dabei zwischen der Gruppe der Bestverdiener und der Gruppe mit unterdurchschnittlichen, nicht aber den tiefsten Einkommen.

Als umso beträchtlicher hingegen erweist sich der Effekt des (sozialen) Geschlechts. Frauen haben eine markant höhere Wahrscheinlichkeit, mit Beschwerden leben zu müssen als Männer (Odds Ratio 1.86 in Modell 8; 1.68 in Modell 9 mit Rollenkonfigurationen; $p < 0.001$; siehe Anhang).

Ein interessanter Befund sind die geringen körperlichen Beschwerden unter Kleinunternehmer. Ihre Chancen auf ein beschwerdefreies Leben weichen von jener höherer Führungskräfte und freiberuflich tätigen nicht ab, sind bei den Männern tendenziell sogar noch leicht besser. Dies bestätigt die theoretische Annahme, dass berufliche Selbstbestimmung das Wohlergehen einer Person massgeblich prägt. Denn das Leben als Kleinunternehmer ist geprägt durch grosse Selbstverantwortung und Druck, wirtschaftlich erfolgreich zu sein. Dennoch scheint sich dieser Preis für die so gewonnene Autonomie auszuzahlen. Dasselbe gilt auch für Personen in freien Berufen und gewissermassen auch für höhere Führungskräfte.

Wie schon bei der selbst wahrgenommenen Gesundheit, trifft es auch hier zu, dass Personen mit einer bezahlten Arbeit, einem Partner und mit mindestens einem Kind am seltensten mit körperlichen Beschwerden konfrontiert sind. Am stärksten belastet sind allein erziehende Frauen und Männer und dabei besonders Personen, die neben der Elternrolle keine Berufsrolle ausüben. Wenn bedacht wird, dass die hier betrachteten körperlichen Beschwerden als Resultat von psychosozialen Stress verstanden werden, so erstaunt dieser Befund nicht. Allgemein gilt, dass neben der Rollenkonfiguration der traditionellen Mütter (Partner, Kind aber keine Arbeit), alle Konfigurationstypen ohne Berufsrolle durch ihre erhöhte Wahrscheinlichkeit für körperliche Beschwerden auffallen. Am Schlusslicht stehen wiederum die Rollenlosen.

Gesamthaft betrachtet zeigt sich, dass der soziale Gradient den Grad an körperlichen Beschwerden signifikant beeinflusst. Die Unterschiede sind jedoch im Vergleich zur wahrgenommenen Gesundheit geringer und entsprechend ist auch die Erklärungskraft der Modelle 8 bis 11 eher bescheiden.

Körperliche Beschwerden 1992 und 2002

Wird die Interaktion mit der Zeit in das Modell 13 für Frauen und Männer eingeführt, so stellt man mit Erstaunen fest, dass der Effekt des Alters nun signifikant wird und zwar sowohl mit wie

auch ohne die Interaktion mit der Zeit. Der aller stärkste Einfluss auf das Auftreten von Beschwerden hat gesamthaft betrachtet wiederum das Geschlecht. Dieser Einfluss hat sich zwischen 1992 und 2002 weder erhöht, noch verringert. Bei genauerer Betrachtung der Modelle 13, 14 (nur Frauen) und 15 (nur Männer) steht denn auch fest, dass der nun neu signifikante Effekt des Alters mit den Frauen zu tun hat. Bei den Frauen steigt in Modell 14 mit höherem Alter die Chance, mit körperlichen Beschwerden konfrontiert zu sein signifikant leicht an. Zwischen 1992 und 2002 reduziert sich diese Zunahme ein wenig.

Bei den Männern könnte das gleiche Phänomen vermutet werden, wenn auch auf deutlich tieferem Niveau. Es erweist sich jedoch lediglich die Abnahme von Beschwerden bei den 50-59 Jährigen 2002 im Vergleich zu 1992 als signifikant. Die übrigen Parameter zeigen zwar in dieselbe Richtung wie bei den Frauen, sind jedoch statistisch nicht signifikant.

Männer mit tiefen und sehr tiefen Einkommen sind 2002 häufiger von Beschwerden betroffen als 1992. Der gesamte Effekt des Einkommens auf körperliche Beschwerden ist nach Einführung der Zeitinteraktion bei Männern hingegen nicht mehr signifikant. Umgekehrt verhält es sich bei den Frauen. Hier beeinflusst das Haushaltseinkommen nach wie vor den Grad an körperlichen Beschwerden, es hat sich diesbezüglich zwischen 1992 und 2002 jedoch nichts verändert.

Interessant ist weiter der Befund, dass sich das Risiko berufstätiger Alleinerziehender für Beschwerden reduziert, das von nicht berufstätigen hingegen erhöht hat. Dies mag damit zusammen hängen, dass die Infrastruktur für Kinderbetreuung in dieser Zeit stark ausgebaut wurde, was die Vereinbarkeit von Kind und Arbeit erleichtert und so den psychosozialen Stress möglicherweise zu reduzieren vermochte (vgl. Modell 13).

6.2.4 Psychisches Wohlbefinden

Die WHO Definition von Gesundheit beinhaltet neben dem körperlichen auch das psychische Wohlbefinden. In den folgenden Modellen 16 bis 22 wird denn auch der Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und sozialen Rollen und psychischer Gesundheit betrachtet. Wiederum werden mit Alter und Geschlecht auch Variablen der so genannten horizontalen Ungleichheitsdimension in den Modellen mitberücksichtigt. Die Modelle 20, 21 und 22 betrachten zudem, inwiefern sich die in den Modellen 16 bis 19 ausgewiesenen Effekte über die Zeit verändert haben.

Bei der Betrachtung der Modelle 16 bis 19 springt als erstes der bekannte Umstand ins Auge, dass sich das psychische Wohlergehen in den höheren Altersgruppen linear zu steigern vermag und zwar sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern. Bemerkenswert ist allerdings der Umstand, dass sich im traditionellen Ungleichheitsmodell mit den Variablen zum sozioökonomischen Status die Geschlechtsvariable als signifikant erweist, dieser Effekt bei der Integration der sozialen Rollen jedoch verschwindet (vgl. Modelle 16 und 17). Weiter ist auffällig, wie stark sich

die Wahrscheinlichkeit für gutes psychisches Wohlbefinden zwischen 1992 und 2002 zu steigern vermochte (Odds Ratio 1.41; $p < 0.001$).

Bemerkenswert ist weiter der Zusammenhang zwischen Bildung und psychischem Wohlbefinden. Im Unterschied zu den vorgängig betrachteten Dimensionen von Gesundheit haben hier nicht Frauen und Männer mit Tertiärbildung die besten Aussichten auf eine gute Gesundheit, sondern Personen mit einem Schulabschluss auf Sekundarstufe II. Mehr Bildung erhöht leicht aber signifikant die Wahrscheinlichkeit für niedriges psychisches Wohlbefinden.

Psychisches Wohlbefinden ist unabhängig von Einkommen und Beruf

Einkommen hat hingegen den bekannten positiven Effekt, er fällt hier jedoch äusserst bescheiden aus. Nur in den Gesamtmodellen 16 und 17 findet sich ein signifikanter Unterschied zwischen der höchsten und der tiefsten Einkommensgruppe. Der Effekt ist jedoch sehr gering (Odds Ratios: 1.12 und 1.14; $p < .05$). Der Beruf einer Person erweist sich als ebenso irrelevant für das psychische Wohlbefinden. Kleinunternehmer sind die Gruppe mit dem grössten Anteil an Personen, die sich psychisch sehr gut fühlen, die Differenzen zu den anderen Berufsgruppen sind jedoch nicht signifikant.

Alleinerziehende mit genug finanziellen Ressourcen haben das beste psychische Wohlbefinden

Der wohl verblüffendste Befund unter den Modellen für das psychische Wohlbefinden ist, dass Alleinerziehende mit einer Berufsrolle die höchste Wahrscheinlichkeit für ein gutes psychisches Wohlbefinden aufweisen. Dieser Befund erscheint im ersten Moment unglaublich, lässt sich aber bei genauerem Hinschauen erklären. Die Verwendung von Regressionen mit Berücksichtigung des sozioökonomischen Status führt dazu, dass hier der Nettoeffekt der verschiedenen Rollenkonfigurationen ausgewiesen wird. Dieser vermeintlich unglaubliche Befund besagt, dass unter Kontrolle von Einkommen und Bildung etc. die berufstätigen allein erziehenden Personen die beste psychische Gesundheit ausweisen.

Am schlechtesten geht es diesbezüglich den allein erziehenden Personen *ohne* Berufsrolle. Dies bedeutet demnach, dass allein erziehend zu sein nicht automatisch zu einer schlechteren psychischen Gesundheit führt. Vielmehr kommt es hier auf die weiteren, vor allem auch ökonomischen und sozialen Umstände an. Für diese Interpretation spricht, dass die schlechteste Aussicht auf eine gute psychische Gesundheit die allein erziehenden Personen ohne Berufsrolle haben. Dieser Umstand könnte mit dem Rollen-Bereicherungs-Ansatz erklärt werden. Die zusätzliche Berufsrolle generiert finanzielle wie auch soziale Ressourcen, die sich positiv auf das Wohlbefinden auswirken. Der Vergleich der Modelle 17, 18 und 19 lässt zudem darauf schliessen, dass diese Dynamik vor allem bei den Frauen wirkt. In Männermodell 19 kann die gleiche, sogar noch drastischere Tendenz beobachtet werden, sie ist allerdings nicht signifikant und auch nicht aussage-

kräftig, da das Sample zu wenig allein erziehende Männer enthält, als dass hier eine allgemein gültige Aussage abgeleitet werden könnte.

Psychisches Wohlbefinden 1992 und 2002

Die Betrachtung der Modelle 20, 21 und 22 mit Interaktion mit der Zeit führt schnell zur Erkenntnis, dass sich bezüglich der Prägung des psychischen Wohlbefindens durch sozioökonomische Umstände und soziale Rollen kaum etwas verändert hat. Ausser der signifikanten relativen Verschlechterung der Situation von Personen mit tiefstem Einkommen (siehe Gesamtmodell 20) findet sich nur beim Alter ein Zeiteffekt. Es zeigt sich, dass sich der ohnehin schon positive Effekt höheren Alters auf das psychische Wohlergehen in den Jahren zwischen 1992 und 2002 weiter verstärken vermochte. Dieser Effekt findet sich sowohl im Gesamtmodell 20, wie auch im Frauenmodell 21.

Gesamthaft betrachtet ist die Erklärungskraft aller hier beschriebenen Modelle mit psychischem Wohlbefinden als abhängige Variable nur marginal. Die beschriebenen Effekte bestehen und sind nach der Wahrscheinlichkeitstheorie auch überzufällig, sie vermögen jedoch nur einen äusserst bescheidenen Anteil der Variation erklären.

6.2.5 Starke Raucher vs. Tabakabstinente

Um die Gesundheit in möglichst vielen ihrer mannigfachen Facetten abzubilden wird als letzter Indikator das Rauchen als gesundheitsrelevantes Verhalten genauer betrachtet. Wiederum präsentiert das erste Modell 23 in klassischer Weise die Zusammenhänge zwischen sozioökonomischem Status und Rauchen unter Mitberücksichtigung von Alter und Geschlecht. Anschliessend wird das Modell 24 durch die Rollenkonfigurationen erweitert und im nächsten Schritt für Frauen (Modell 25) und Männer (Modell 26) alleine geschätzt. Letztlich wird auch hier betrachtet, ob sich die Muster zwischen starken Rauchern und Rauchabstinenten zwischen 1992 und 2002 signifikant verändert haben (Modelle 27, 28 und 29). Da es gesundheitlich eine Rolle spielt, ob jemand lediglich hin und wieder oder aber täglich zwei Pakete Zigaretten raucht resp. sich eben kürzlich des Rauchens entwöhnt oder nie über eine längere Zeit regelmässig geraucht hat, werden hier starke Raucher, die 20 Zigaretten und mehr pro Tag rauchen Personen gegenüber gestellt, die nie länger als sechs Monate regelmässig geraucht haben (Rauchabstinente).

Frauen und ältere Personen leben häufig tabakabstinent

Bezüglich der soziodemographischen Merkmale Alter und Geschlecht lässt sich ablesen, dass in den höheren Altersgruppen der Anteil tabakabstinenten Personen zunimmt. Bei den Männern zeichnet sich allerdings die Tendenz ab, dass die jüngste Gruppe einen noch grösseren Anteil an Tabakabstinenten aufweisen könnte, die ausgewiesene Differenz ist allerdings nicht signifikant, womit nicht ausgeschlossen werden kann, dass es sich hierbei um einen Artefakt handelt. Eindeu-

tig ist hingegen die Differenz zwischen den Geschlechtern: Unter den Männern gibt es signifikant mehr starke Raucher als unter den Frauen (Odds Ratio 2.3; $p < .001$). Die sozioökonomischen Muster zwischen starken Rauchern und Nichtrauchern fallen bei Frauen und Männern markant unterschiedlich aus, was bedingt, dass sie nur getrennt betrachtet werden können.

Während bei den Frauen mit mehr Bildung der Anteil stark rauchender Frauen signifikant zunimmt, verhält es sich bei den Männern genau umgekehrt. Hier geht mehr Schulbildung mit häufigerer Tabakabstinenz einher (vgl. Tabellen 25 und 26). Männer mit obligatorischer Schulbildung sind doppelt so häufig starke Raucher als Männer mit einem Tertiärbildungsabschluss.

Bemerkenswert ist weiter der Umstand, dass durch Berücksichtigung der Rollenkonfigurationen das Einkommen seine markanten und auf höchstem Niveau signifikanten Effekte verliert. Im Gesamtmodell 23 steigt mit zunehmendem Einkommen der Anteil an starken Rauchern an. Im durch die sozialen Rollen erweiterten Modell 24 sucht man diesen Zusammenhang vergeblich und auch bei den geschlechtsgetrennten Modellen 25 und 26 weist nichts mehr auf ihn hin.

Auffallend ist weiter die offensichtliche Verkettung von Berufstypus und Rauchverhalten. Bei den Männern sind am meisten starke Raucher unter den manuellen Berufen zu finden. Männer in höher qualifizierten, nicht manuellen Berufen, in Kaderpositionen und in freien Berufen zeichnen sich durch hohe Anteile an Nichtrauchern aus (vgl. Modell 25). Etwas weniger deutlich ist das Bild unter den Frauen. Auch hier sind die meisten Nichtraucher in den gleichen Berufsgruppen wie bei den Männern. Die meisten Raucherinnen finden sich unter Frauen in qualifizierten manuellen Berufen, Kleinunternehmerinnen und Büroangestellten (vgl. Modell 25).

Die meisten Nichtraucherinnen sind traditionelle Mütter und Ehefrauen. Berufstätige allein erziehende Frauen, Singles und Rollenlose sind besonders häufig starke Raucherinnen. Bei den Männern sind mit Abstand die meisten Nichtraucher Familienväter. Somit zeichnen sich die traditionellsten Rollenkonfigurationen für Frauen und Männer durch hohe Anteile an Nichtrauchern aus, was wohl auch die gesellschaftliche Rollenerwartung an eine verantwortungsbewusste Familienperson widerspiegelt. Dies bestätigt sich auch durch den Umstand, dass die für Männer sozial wenig anerkannten Konfigurationstypen Alleinerziehende und Rollenlose durch besonders hohe Anteile an starken Rauchern auffallen (vgl. Modell 25 und 26). Im Vergleich zu 1992 ist 2002 die Wahrscheinlichkeit, dass eine allein erziehende Frau ohne Berufsrolle zu den starken Raucherinnen gehört weiter angestiegen. Ansonsten lassen sich für die Rollenkonfigurationen keine signifikanten Veränderungen ablesen.

Bei den Zeitvergleichmodellen 26 bis 28 ist bemerkenswert, dass die relativen Differenzen zwischen den Altersgruppen sowie zwischen Frauen und Männern zurückgegangen sind. Dasselbe kann auch für den negativen Effekt höherer Einkommen beobachtet werden. Während im Gesamtmodell mit zunehmendem Einkommen die Wahrscheinlichkeit zu rauchen tendenziell zugenommen hat, scheint dieser Effekt im 2002 deutlich und signifikant schwächer geworden zu sein.

7 ÜBERBLICK UND DISKUSSION

Die soziale Ungleichheit in der Gesundheit ist eine der grössten Verletzungen der Chancengleichheit der heutigen Zeit. Davon sind nicht nur Menschen in armen Entwicklungsländern betroffen, auch in der entwickelten Welt hängen Lebenserwartung und Wohlbefinden mitunter davon ab, wie viel Geld eine Person monatlich zur Verfügung und wie lange sie die Schule besucht hat. Die Weltgesundheitsorganisation hat deshalb 1984 für die Region Europa das Ziel gesetzt, die soziale Ungleichheit in der Gesundheit in und zwischen den Ländern bis zum Millennium um mindestens 25% zu reduzieren (WHO 1985a; WHO 1985b). Es zeichnete sich jedoch bald ab, dass dieses Ziel zu hoch gesteckt war, und wurde deshalb überarbeitet und um 20 Jahre auf 2020 verschoben (WHO 1999).

Die vorliegende Arbeit geht von diesem Ziel aus und versucht folgende fünf Fragen zu klären:

1. *Besteht in der Schweiz Chancengleichheit in Bezug auf Gesundheit?*
2. *Wie charakterisieren sich Personen mit systematischer gesundheitlicher Benachteiligung?*
3. *Vermag die Rollentheorie anhand verschiedener Rollenkonfigurationen in Kombination mit der Vorstellung der Statusgruppenschichtung die bekannten Konzepte und Modelle bezüglich der Ungleichheitsstruktur von Gesundheit besser zu erfassen und zu beschreiben?*
4. *Wie wirken sich verschiedene Rollenkonfigurationen auf die Gesundheit aus?*
5. *Hat sich das Muster der gesundheitlichen Benachteiligungen zwischen 1992/93 und 2002 verändert?*

In Folgenden werden die in Theorie und Empirie gefunden Antworten auf diese Fragen zusammengetragen und diskutiert.

Besteht in der Schweiz Chancengleichheit in Bezug auf Gesundheit?

Es scheint uns Schweizerinnen und Schweizern schwer zu fallen, sich mit sozialer Ungleichheit in Gesundheit auseinander zu setzen. Dies mag damit zusammen hängen, dass davon ausgegangen wird, dass in einer demokratischen Gesellschaft automatisch alle nicht nur die gleichen Rechte und Pflichten sondern auch die gleichen Chancen auf gute Bildung, Gesundheit, Erfolg etc. haben. Dies wäre jedenfalls eine Erklärung dafür, dass es für die Schweiz vergleichsweise wenig empirisch gesichertes Wissen über die Zusammenhänge zwischen sozialer Lage und Gesundheit gibt und auch wenig politisches Interesse zu erkennen ist, diesen Umstand zu ändern. Tatsächlich ist es so, dass die Chancengleichheit in der Schweizer Bundesverfassung verankert ist. Im Hinblick auf ungleich lange Spiesse bezüglich Bildungschancen ist allerdings nicht erst seit den PISA-Studien bekannt, dass sich gewisse soziale Merkmale (wenig Bildung, tiefes Einkommen etc.) ungünstig auf den Schulerfolg auswirken können (Lamprecht und Stamm 1996).

Das gleiche gilt auch für die Gesundheit. Es gibt eine Reihe von Studien, welche die teilweise beträchtlichen Differenzen in Mortalität und auch Morbidität in der Schweiz dokumentieren

(Abel 1999; Beer, Greusing und Minder 1986; Beer, Bisig und Gutzwiller 1993; BFS 2000; BFS 2004; Bisig und Paccaud 1987; Bisig, Bopp und Minder 2001; Bodenmann et al. 1990; Bopp und Gutzwiller 1999; Domenighetti, D'Avanzo und Bisig 2000; Domenighetti 1998; Egger, Minder und Smith 1990; Gutzwiller 1997; Huwiler et al. 2002; Lehmann, Mamboury und Minder 1990; Minder 1993; Minder, Beer und Rehmann 1986b; Schüler und Bopp 1997; Schweizerisches Rotes 2004; Witschi, Junker und Minder 2000).

Die Frage nach dem Bestehen von Chancengleichheit auf gute Gesundheit in der Schweiz muss also klar verneint werden.

Wie charakterisieren sich Personen mit systematischer gesundheitlicher Benachteiligung?

Wie lassen sich systematische gesundheitliche Benachteiligungen auf eine gute Gesundheit in einem Land, in dem alle wohnhaften Personen einen garantierten Zugang zur gesundheitlichen Grundversorgung haben erklären? Dies mag für einen Laien auf den ersten Blick nur schwer nachvollziehbar sein. Es gibt jedoch eine Reihe von Ansätzen und Modellen die erklären oder zumindest zu erklären versuchen, wie es zu der gesundheitlichen Ungleichheit kommt und was für Mechanismen ihr zugrunde liegen. In dieser Arbeit wurde in Kapitel 2 und 3 auf diese Ansätze, Modelle und Theorien eingegangen.

Dabei kristallisierte sich heraus, dass Personen mit einer tiefen formalen Bildung, einem geringen Einkommen und tiefem Berufsstatus eher damit rechnen müssen, mit schlechter Gesundheit konfrontiert zu werden als Personen mit hoher Bildung, einem überdurchschnittlichen Einkommen, in freien Berufen oder in einer leitenden Funktion. Dieses Muster konnte auch in den empirischen Modellen dieser Arbeit bestätigt werden.

Die gesundheitliche Benachteiligung wirkt dabei, wie das Erklärungsmodell in Kapitel 2.4.3 illustriert, nicht direkt sondern wird über Lebens-, Arbeits- und Wohnbedingungen sowie über Denk-, Wahrnehmungs- und Handlungsmuster vermittelt.

Vermag die Rollentheorie anhand verschiedener Rollenkonfigurationen in Kombination mit der Vorstellung der Statusgruppenschichtung die bekannten Konzepte und Modelle bezüglich der Ungleichheitsstruktur von Gesundheit besser zu erfassen und zu beschreiben?

Ein zentrales Anliegen dieser Arbeit bestand darin, das klassische Modell zur Messung der Ungleichheit in Gesundheit zu erweitern und im Hinblick auf seine Aussagekraft zu verbessern. In der theoretischen Auseinandersetzung erweist sich die Rollentheorie hierbei als viel versprechend da durch die Betrachtung verschiedener Rollenkonfigurationen in Kombination mit dem sozio-ökonomischen Status Annahmen über Lebensstil, (soziale) Ressourcen und Belastungen getroffen werden können.

Es wurden analog zu Meyer (2000) die Konfigurationen (vgl. 5.3) aus den drei zentralen sozialen Rollen im Erwerbsalter⁴⁷: Berufs-, Partner- und Elternrolle gebildet und in die logistischen Regressionsmodelle integriert. Das Resultat übertraf dabei alle Erwartungen: durch die Berücksichtigung der Rollenkonfigurationen im Ungleichheitsmodell konnte die Erklärungskraft markant gesteigert werden. Dieses erweiterte Modell vermag demnach die Ungleichheitsstruktur besser zu erfassen und beschreiben. Das bedeutet, dass der Gesundheitsstatus in der Statusgruppenschichtung mitberücksichtigt werden muss.

Wie wirken sich verschiedene Rollenkonfigurationen auf die Gesundheit aus?

Die Mitberücksichtigung sozialer Rollen bei der Analyse des Zusammenhanges zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit hat sich also als wertvolle Bereicherung erwiesen. Durch das Studium der Ansätze über die gesundheitliche Auswirkung von Mehrrollenhaushalten wird jedoch nicht abschliessend geklärt, ob sich zusätzliche soziale Rollen im Sinne des Role-Enrichment Ansatzes positiv oder negativ, wie das der Role-Strain Ansatz postuliert, auf die Gesundheit auswirken.

Die empirischen Analysen zeigen deutlich, dass das Tragen der Berufsrolle mit guter Gesundheit einhergeht. Besonders für die Männer ist die Berufsrolle nahezu gesundheitsbestimmend. Alle Konfigurationstypen ohne Berufsrolle zeichnen sich durch eine massiv höhere Wahrscheinlichkeit (Odds Ratios von 16 und 18) schlechter Gesundheit aus.

Ähnlich, wenn auch weniger markant verhält es sich bei den Frauen. So genannte Trirollenträgerinnen mit Beruf, Partner und Kinder erfreuen sich der besten Gesundheit. Es könnte allerdings entgegnet werden, dass dies das Resultat sozialer Selektion sei. Tatsächlich kann dies anhand des hier angewandeten Untersuchungsdesigns nicht ausgeschlossen werden. Eine aktuelle Studie mit Längsschnittdaten aus England stellt sich genau dieser Frage und kommt ebenfalls zum Schluss, dass Frauen mit Berufs- und Elternrolle die beste Gesundheit aufweisen und zwar unabhängig vom früheren Gesundheitszustand. Somit können die Autorinnen einen allfälligen Selektionseffekt ausschliessen (McMunn et al. 2006). Weiter unterstützt wird diese Annahme durch den Umstand, dass selbst in tiefsten sozioökonomischen Lagen (unter Kontrolle von Einkommen) ein positiver Effekt von Mehrfachrollenhaushalten gefunden werden kann. All diese Befunde unterstützen den Role-Enrichment Ansatz, der besagt, dass der Mehrwert der durch zusätzliche Rollen generierten Ressourcen allfällige negative Effekte mehr als aufwiegen würde. Dies trifft auf die zusätzliche Berufsrolle bei Frauen mit Kindern klar zu.

⁴⁷ Das Erwerbsalter wurde so festgelegt, dass alle in der Analyse integrierten Personen theoretisch alle Rollen tragen könnten. Das heisst, sie sollten mehrheitlich die Ausbildung bereits abgeschlossen und die Pensionierung noch nicht erreicht haben. Nach diesem Kriterium wurde die Stichprobe auf Personen im Alter zwischen 30 und 59 Jahren beschränkt.

Weiter bestätigt sich die Annahme, dass Personen mit einer vergleichsweise häufig vorkommenden und somit „normalen“ Rollenkonfiguration über eine bessere Gesundheit verfügen als Personen mit einem stigmatisierten Rollenhaushalt, wie etwa die Rollenlosen oder Alleinerziehenden ohne Berufsrolle. Dass die soziale Akzeptanz einer Rollenkonfiguration die Gesundheit prägt zeigt sich exemplarisch auch bei den Trirollenträgerinnen. Zwischen 1992/93 und 2002 hat sich der Anteil Frauen mit Kind, Partner und mindestens einer Halbtagsstelle von 11.5 auf 20.7% nahezu verdoppelt. Gleichzeitig hat sich die Wahrscheinlichkeit, eine gute Gesundheit zu besitzen im Vergleich zu den übrigen Konfigurationen weiter gesteigert. Dies dürfte nicht zuletzt mit der heute grösseren sozialen Akzeptanz für arbeitende Mütter zusammen hängen. Mütter die neben der Mutterrolle noch einer Berufsrolle tragen sind nicht mehr länger Rabenmütter und es wurden auch die Betreuungsangebote für Kinder in diesen Jahren beträchtlich ausgebaut, was sich auch auf ein besseres Wohlbefinden der Mütter auswirken dürfte. Die Kehrseite dieser Medaille ist, dass dies die Situation der nicht arbeitenden Frauen und Mütter relativ verschlechtert hat. Dies betrifft insbesondere die allein erziehenden Frauen ohne Berufsrolle. Ihre Gesundheit erweist sich 2002 im Vergleich zu den Trirollenfrauen als noch schlechter als 1992/93.

Hat sich das Muster der gesundheitlichen Benachteiligungen zwischen 1992/93 und 2002 verändert?

Allgemein hat sich bezüglich sozialer Ungleichheit und Gesundheit zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten kaum etwas verändert (ausser bei den Rollenkonfigurationen, siehe oben). Der Altersgradient bei den körperlichen Beschwerden, beim psychischen Wohlbefinden und beim Rauchverhalten wurde etwas geringer und auch beim letzterem findet sich eine signifikante Annäherung zwischen den verschiedenen Einkommensgruppen. Bezüglich der Benachteiligung sozial schwächerer Gruppen zeichnet sich keine Linderung ab, im Gegenteil. Die relative Benachteiligung finanziell schwacher Personen bezüglich ihrer selbst wahrgenommenen Gesundheit hat sich signifikant weiter verschlechtert. Ebenso zählen unter den allein erziehenden Frauen ohne Berufsrolle 2002 signifikant mehr Frauen zu den starken Raucherinnen als noch 1992/93. Dies dürfte mit der im obigen Abschnitt diskutierten allgemein verschlechterten Situation dieser Frauen zusammen hängen.

7.1 Sozialpolitische Relevanz und Ausblick

Die Befunde dieser Arbeit zeigen deutlich, dass die Schweiz – trotz des garantierten Zugangs zur gesundheitlichen Grundversorgung – mit einer markanten Verletzung der verfassten Chancengleichheit konfrontiert ist. Sozial schwache Personen haben eine signifikant schlechtere Chance auf eine gute Gesundheit als besser gestellte.

Die Befunde weisen weiter darauf hin, dass sich dieser Sachverhalt – entgegen dem Ziel des Regionalbüros für Europa der WHO – in den Jahren zwischen 1992/93 und 2002 nicht entschärft hat.

Die theoretischen Ansätze und Theorien machen deutlich, dass die Ursachen für diese Ungleichheit primär struktureller Natur sind und es deshalb wenig bringt, wenn Personengruppen mit systematisch schlechter Gesundheit für diese selbst verantwortlich gemacht werden. Vielmehr müssten ihre Lebens-, Berufs- und Wohnsituation durch politische Massnahmen verbessert werden. Wie schwierig dies jedoch ist, zeigt sich bei der Bereitschaft für mehr Umverteilung einzustehen. Obwohl die Studien von Marmot und Wilkinson mehr als deutlich aufzeigen, wie sich grössere Einkommensdifferenzen negativ auf die Gesundheit (fast) aller auswirken, konzentriert sich die aktuelle steuerpolitische Diskussion vor allem um die Einführung der Flatrate oder sogar der regressiven Steuer. Mehr Umverteilung ist politisch momentan nicht sehr attraktiv und es lassen sich mit diesem Programm kaum Wählerstimmen gewinnen, wie die SP seit Jahren schmerzlich erfahren muss.

Umso wichtiger ist es, dass dieses hoch brisante und aktuelle Thema nicht auch von der Forschungsagenda verschwindet resp. im Falle der Schweiz vermehrt die Aufmerksamkeit erhält, die es verdient.

Möge diese Arbeit einen Beitrag dazu leisten.

LITERATUR

- Abel, Thomas. 1999. "Gesundheitsrelevante Lebensstile: Zur Verbindung von handlungs- und strukturtheoretischen Aspekten in der modernen Gesellschaft." Pp. 43-61 in *Gesundheit, Medizin und Gesellschaft*, edited by Christoph Maeder, Claudine Burton-Jeangros, und Mary Haour-Knipe. Zürich: Seismo.
- Achermann, Christin, und Milena Chimienti. 2006. *Migration, Prekarität und Gesundheit : Ressourcen und Risiken von vorläufig Aufgenommenen und Sans-Papiers in Genf und Zürich*. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies.
- Ahrens, C. J. C., und C. D. Ryff. 2006. "Multiple roles and well-being: Sociodemographic and psychological moderators." *Sex Roles* 55:801-815.
- Annandale, E, und K Hunt. 2000. "Gender inequalities in health: research at the crossroads." in *Gender inequalities in health*, edited by E Annandale und K Hunter. Buckingham: Open University: Press 1-35.
- Babitsch, B, A Ducki, und U Maschewsky-Schneider. 2006. "Geschlecht und Gesundheit " in *Handbuch Gesundheitswissenschaften*, edited by K Hurrelmann, U Laaser, und O Razum. Weinheim: Juventa.
- Babitsch, Brigit. 2005. *Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit*. Bern: Huber.
- . 2006. "Die Kategorie Geschlecht: Implikationen für den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit." Pp. 271-288 in *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*, edited by Matthias Richter und Klaus Hurrelmann. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Babitsch, Brigit, Thomas Lampert, Stephan Müters, und Matthias Morfeld. 2006. "Ungleiche Gesundheitschancen bei Erwachsenen: Zusammenhänge und mögliche Erklärungsansätze." Pp. 221-240 in *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*, edited by Matthias Richter und Klaus Hurrelmann. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- BAG, Bundesamt für Gesundheit. 2002. "Migration und Gesundheit. Strategische Ausrichtung des Bundes 2002-2006." Bern: Bundesamt für Gesundheit. Fachstelle Migration und Gesundheit.
- Beck, Ulrich. 1983. "Jenseits von Stand und Klasse? Soziale Ungleichheit, gesellschaftliche Individualisierungsprozesse und die Entstehung neuer sozialer Formationen und Identitäten." Pp. 35-74 in *Soziale Ungleichheiten*, edited by Reinhard Kreckel. Göttingen: Schwartz.
- . 1986. *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt a. M. : Suhrkamp.
- Beck, Ulrich, und Elisabeth Beck-Gernsheim (Eds.). 1994. *Riskante Freiheiten: Individualisierung in modernen Gesellschaften*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

- Beer, V., T. Greusing, und C. E. Minder. 1986. "Socioeconomic Groups for Switzerland - Scientific Basis and Validity Considerations." *Sozial- und Präventivmedizin* 31:274-280.
- Beer, Valeria, Brigitte Bisig, und Felix Gutzwiller. 1993. "Social class gradients in years of potential life lost in Switzerland." *Social Science & Medicine* 37:1011-1018.
- Ben-Shlomo, Y, IR White, und M Marmot. 1996. "Does the variation on the socioeconomic characteristics of an area affect mortality?" *British Medical Journal* 312:1012-1014.
- Benoiston de Chateauneuf, M. 1830. "De la durée de la vie chez le riche et chez le pauvre." *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* 1:5-15.
- Berger, Peter A. 1987. "Klassen und Klassifikationen: Zur "neuen Unübersichtlichkeit" in der soziologischen Ungleichheitsdiskussion." *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 39:59-85.
- . 1995. *Sozialstruktur und Lebenslauf*. Opladen: Leske + Budrich.
- Berger, Peter A., und Stefan Hradil (Eds.). 1990. *Lebenslagen, Lebensläufe, Lebensstile*. Göttingen: Schwartz.
- Berger, Wolfgang. 1969. *Zur Theorie der Bildungsnachfrage*. Berlin: Institut für Bildungsforschung der Max Planck Gesellschaft.
- Bergmann, Manfred Max, Dominique Joye, und Beat Fux. 2002. "Social Change, Mobility and Inequality in Switzerland in the 1990s." *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie* 24:267-295.
- Berkman, L. F. 1995. "Role of Social-Relations in Health Promotion." *Psychosomatic Medicine* 57:245-254.
- Berkman, Lisa F. , und Ichiro Kawachi (Eds.). 2000. *Social epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- BFS, Bundesamt für Statistik. 1994a. "Gewichtung der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/93 (Doc 3.5.2)." Neuchâtel: Bundesamt für Statistik, internes Dokument.
- . 1994b. "Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/93. Anmerkungen zu den GewichtungsvARIABLEN (Doc 3.5.1)." Neuchâtel: Bundesamt für Statistik, internes Dokument.
- . 1998. "Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/93. Indikatoren - Indicateurs (Doc. 3.8)." Neuchâtel: Bundesamt für Statistik, internes Dokument.
- . 2000. "Gute Gesundheit ist ungleich verteilt." in *Pressemitteilung*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- . 2003a. "Gewichtung der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (Doc. 3.5)." Neuchâtel: Bundesamt für Statistik, internes Dokument.
- . 2003b. "Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 - Die Erhebungsmethode in Kürze." Neuchâtel: Bundesamt für Statistik, internes Dokument.
- . 2003c. "Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. Indices: Beschreibung und Konstruktion." Neuchâtel: Bundesamt für Statistik, internes Dokument.

-
- . 2004. "Psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz: ein Gesundheitsrisiko." in *Pressemitteilung*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- . 2007. "Schweizerische Lohnstrukturerhebung 2006: Erste Ergebnisse." Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- . o.J.-a. "L'enquête suisse sur la santé 1997 en bref. ." Neuchâtel: Bundesamt für Statistik, Sektion Gesundheit (CD-Rom).
- . o.J.-b. "Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/93. Antwortquoten der privaten Haushalte." Neuchâtel: Bundesamt für Statistik, Sektion Gesundheit (CD-Rom).
- Bisig, B, und F Paccaud. 1987. "Geographische Verteilung wichtiger Todesursachen in der Schweiz." in *Amtliche Statistik der Schweiz*, edited by BFS Bundesamt für Statistik. Bern.
- Bisig, Brigitte, Matthias Bopp, und Christoph E. Minder. 2001. "Sozio-ökonomische Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz." Pp. 60-70 in *Sozial-Epidemiologie*, edited by Andreas Mielck und Kim Bloomfield. Weinheim & München: Juventa.
- Bodenmann, A., U. Ackermannliebrich, F. Paccaud, und T. Spuhler. 1990. "Social Differences in Fetal and Infant-Mortality, Switzerland 1979-1985." *Sozial- und Präventivmedizin* 35:102-107.
- Bopp, M, und F Gutzwiller. 1999. "Entwicklung der Mortalität in der Schweiz seit 1950. II. Regionale Unterschiede innerhalb der Schweiz." *Schweiz Med Wochenschr* 129:799-809.
- Bopp, M., und C. E. Minder. 2003. "Mortality by education in German speaking Switzerland, 1990-1997: results from the Swiss National Cohort." *International Journal of Epidemiology* 32:346-354.
- Bornschier, Volker (Ed.). 1991. *Das Ende der sozialen Schichtung? Zürcher Arbeiten zur gesellschaftlichen Konstruktion von sozialer Lage und Bewusstsein in der westlichen Zentrumsgesellschaft*. Zürich: Seismo.
- . 1998. *Westliche Gesellschaft – Aufbau und Wandel*. Zürich: Seismo.
- . 2001. "Generalisiertes Vertrauen und die frühe Verbreitung der Internetnutzung im Gesellschaftsvergleich." *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 53:233-258.
- . 2005. *Institutionelle Ordnungen - Markt, Staat, Unternehmung, Schule - und soziale Ungleichheit*. Zürich: Loreto.
- . 2007. *Konflikt, Gewalt, Kriminalität und abweichendes Verhalten*. Zürich: Loreto.
- Bornschier, Volker, und Felix Keller. 1994. "Die Statusgruppenschichtung als Ursache von Konflikt und Devianz." *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie* 20:83-112.
- Bornschier, Volker, und Thomas Volken. 2005. "Trust and the Disposition to Change in Cross-National Perspective." *Electronic Journal of Sociology* 1.

- Bosma, H., M. G. Marmot, H. Hemingway, A. C. Nicholson, E. Brunner, und S. A. Stansfeld. 1997. "Low job control and risk of coronary heart disease in Whitehall II (prospective cohort) study." *British Medical Journal* 314:558-565.
- Bourdieu, Pierre. 1979. *Entwurf einer Theorie der Praxis: auf einer ethnologischen Grundlage der kabyliischen Gesellschaft*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- . 1983. "Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital." Pp. 183-198 in *Soziale Ungleichheiten*, edited by Reinhard Kreckel. Göttingen: Schwartz.
- . 1987. *Die feinen Unterschiede: Kritik an der gesellschaftlichen Urteilskraft*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Bourdieu, Pierre, und Jean-Claude Passeron. 1971. *Die Illusion der Chancengleichheit: Untersuchungen zur Soziologie des Bildungswesens am Beispiel Frankreichs*. Stuttgart: Klett.
- Brehm, John, und Wendy Rahn. 1997. "Individual-Level Evidence for the Causes and Consequences of Social Capital." *American Journal of Political Science* 41:999-1023.
- Brose, Hans-Georg, und Bruno Hildenbrand (Eds.). 1988. *Vom Ende des Individuums ohne Ende*. Opladen: Leske + Budrich.
- Bruhn, John G., und Stewart Wolf. 1979. *The Roseto Story: An Anatomy of Health*. Norman: University of Oklahoma Press.
- Brunner, Eric. 1997. "Socioeconomic determinants of health - Stress and the biology of inequality." *British Medical Journal* 314:1472-1476.
- Büchi, S., und E Scheurer. 2004. "Gesundheitsbezogene Lebensqualität." Pp. 433-445 in *Psychosoziale Medizin*, edited by Claus Buddeberg. Berlin: Springer.
- Buchmann, Marlis. 1989. *The Script of Life in Modern Society: Entry into Adulthood in a Changing World*. Chicago: University Press of Chicago.
- Buchmann, Marlis, Markus König, Jiang Hong Li, und Stefan Sacchi. 1999. *Weiterbildung und Beschäftigungschancen*. Chur/Zürich: Rüegger.
- Buchmann, Marlis, Irène Kriesi, Andrea Pfeiffer, und Stefan Sacchi. 2002. *Halb drinnen - halb draussen. Analysen zur Arbeitsmarktintegration von Frauen in der Schweiz*. Zürich: Rüegger.
- Budowski, Monica, Robin Tillmann, und Manfred Max Bergmann. 2002. "Poverty, Stratification, and Gender in Switzerland." *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie* 28:297-317.
- Bühler, Elisabeth, und Heye Corinna. 2005. *Fortschritte und Stagnation in der Gleichstellung der Geschlechter 1970-2000. Eidgenössische Volkszählung*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Buhmann, Brigitte, Georges Enderle, Christian Jäggi, und Thomas Mächler. 1989. *Armut in der Schweiz. Eine verdrängte Wirklichkeit*. Zürich: Orell Füssli.
- Burzan, Nicole. 2004. *Soziale Ungleichheit*. Wiesbaden: VS Verlag.

- Claessens, Dieter. 1969. "Rollentheorie als Bildungsbürgerliche Verschleierungs-ideologie." Pp. 270-279 in *Spätkapitalismus oder Industriegesellschaft? Verhandlungen des 16. Deutschen Soziologentages*, edited by Theodor W. Adorno. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- . 1974 (1968). *Rolle und Macht*. München: Juventa-Verlag.
- Converse, P.E. 1976. *The dynamics of party support: Cohort-analyzing party identification*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Craig, P., und J. Forbes. 2005. "Social position and health: are old and new occupational classifications interchangeable?" *Journal of Biosocial Science* 37:89-106.
- Cyba, Eva. 2000. *Geschlecht und soziale Ungleichheit. Konstellationen der Frauenbenachteiligung*. Opladen: Leseke + Budrich.
- Dahrendorf, Ralf. 1957. *Soziale Klasse und Klassenkonflikt in der industriellen Gesellschaft*. Stuttgart: Enke.
- . 1961. *Über den Ursprung der Ungleichheit unter den Menschen*. Tübingen u.a.: Verlag J.C.B. Mohr.
- . 1973 (1958). *Homo Sociologicus*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- . 1979. *Lebenschancen. Anläufe zur sozialen und politischen Theorie*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Deutsch, Steven. 1983. "Contemporary Sociology." in 3, edited by 12. 329: Work Stress and Social Support, by James S. House. Reading, MA: Addison-Wesley, 1981. 156 pp. \$6.50 paper.
- Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft. 2006. "Gesetzgebung: Verfassung der Weltgesundheitsorganisation." in http://www.admin.ch/ch/d/sr/0_810_1/.
- Domenighetti, G., B. D'Avanzo, und B. Bisig. 2000. "Health effects of job insecurity among employees in the Swiss general population." *International Journal of Health Services* 30:477-490.
- Domenighetti, Gianfranco. 1998. "Health effects of fear of unemployment among employees in the general population." *Review of Health Promotion and Education*.
- Dominick, Kelli L., Frank M. Ahern, Carol H. Gold, und Debra A. Heller. 2002. "Relationship of health-related quality of life to health care utilization and mortality among older adults." *Aging Clinical and Experimental Research* 14:499-508.
- Donzelot, Jacques. 1979. "The Poverty of Political Culture." *Ideology and Consciousness* 5:73-86.
- Dörner, Klaus. 2007 (2002). *Irren ist menschlich*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Duden, Das Herkunftswörterbuch (Ed.). 2007. *Etymologie der deutschen Sprache*. Mannheim et al.: Dudenverlag.
- Egger, M., C. E. Minder, und G. D. Smith. 1990. "Health Inequalities and Migrant Workers in Switzerland." *Lancet* 336:816-816.

- Eisner, Manuel. 1997. *Das Ende der zivilisierten Stadt? Die Auswirkungen von Modernisierung und urbaner Krise auf Gewaltdelinquenz*. Frankfurt an Main: Campus.
- Erbslöh, Barbara, Thomas Hagelstrange, Dieter Holtmann, Joachim Singelmann, und Hermann Strasser. 1988. "Klassenstruktur und Klassenbewusstsein in der Bundesrepublik Deutschland." *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 40:245-261.
- Erhart, Michael, Nora Wille, und Ulrike Ravens-Sieberger. 2006. "Die Messung der subjektiven Gesundheit: Stand der Forschung und Herausforderungen." Pp. 321-338 in *Gesundheitliche Ungleichheit*, edited by Matthias Richter und Klaus Hurrelmann. Wiesbaden: VS Verlag.
- Everson, S. A., G. A. Kaplan, D. E. Goldberg, R. Salonen, und J. T. Salonen. 1997. "Hopelessness and 4-year progression of carotid atherosclerosis - The Kuopio ischemic heart disease risk factor study." *Arteriosclerosis Thrombosis and Vascular Biology* 17:1490-1495.
- Farago, Peter, und Peter Füglistaler. 1992. *Armut verhindern. Die Zürcher Armutsstudien: Ergebnisse und sozialpolitische Vorschläge*. Zürich: Fürsorgedirektion.
- Ferrie, J. E., M. J. Shipley, M. G. Marmot, S. Stansfeld, und G. D. Smith. 1995. "Health-Effects of Anticipation of Job Change and Nonemployment - Longitudinal Data from the Whitehall-II Study." *British Medical Journal* 311:1264-1269.
- Fiscella, K., und P. Franks. 1997. "Poverty of income inequality as predictor of mortality: longitudinal cohort study." *British Medical Journal* 314:1724-1728.
- Flegg, A.T. 1982. "Inequality of income, illiteracy and medical care as determinants of infant mortality in underdeveloped countries." *Population Studies* 36:441-458.
- Forst, Rainer. 1994 *Kontexte der Gerechtigkeit: Politische Philosophie jenseits von Liberalismus und Kommunitarismus*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Foucault, Michel. 2004 (1975). *Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Fuchs, J., und U. Machewsky-Schneider. 2001. "Gender-Bias – Gender Research. Development and Implementation of methodological Standards for Gender Sensitive Research in Public Health." in *Gender Based Analysis (GBA) in Public Health Research, Policy and Practice*. Berlin.
- Füglistaler, Peter, und Marcela Hohl. 1992. *Armut und Einkommensschwäche im Kanton St. Gallen*. Bern: Haupt.
- Geiger, Theodor. [1932] 1987. *Die soziale Schichtung des deutschen Volkes: Soziographischer Versuch auf statistischer Grundlage*. Stuttgart: Enke.
- Geissler, Rainer. 1996. "Kein Abschied von Klasse und Schicht. Ideologische Gefahren der deutschen Strukturanalyse." *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 48:319-338.
- Georg, Werner. 1998. *Soziale Lage und Lebensstil: Eine Typologie*. Opladen: Leske + Budrich.

- Gerhardt, Uta. 1971. *Rollenanalyse als kritische Soziologie*. Neuweid und Berlin: Hermann Luchtenhand.
- Geyer, S. 1997. "Ansätze zur Erklärung sozial ungleicher Verteilung von Krankheiten und Mortalitäten." *Gesundheitswesen* 59:36-40.
- Goldthorpe, John H. 1985. "Soziale Mobilität und Klassenbildung. Zur Erneuerung einer Tradition soziologischer Forschung." Pp. 174-204 in *Die Analyse sozialer Ungleichheit: Kontinuität, Erneuerung, Innovation*, edited by Hermann Strasser und John H. Goldthorpe. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Goode, William. 1973 (1967). "Eine Theorie des Rollen-Stress." Pp. 336-360 in *Moderne amerikanische Soziologie. Neuere Beiträge zur soziologischen Theorie*, edited by Heinz Hartmann. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Goode, William J. 1960. "A Theory of Role Strain." *American Sociological Review* 25:483-496.
- Gottschall, Karin. 2000. *Soziale Ungleichheit und Geschlecht: Kontinuitäten und Brüche, Sackgassen und Erkenntnispotentiale um deutschen soziologischen Diskurs*. Opladen: Leske + Budrich.
- Gravelle, H. 1998. "How much of the relation between population mortality and unequal distribution of income is a statistical artefact?" *British Medical Journal* 316:382-385.
- Gross, Neal, Ward S. Mason, und Alexander W. McEachern. 1965 (1958). *Explorations in role analysis studies of the school superintendency role*. New York, London, Sidney: Wiley.
- Grundy, E., und G. Holt. 2001. "The socioeconomic status of older adults: How should we measure it in studies of health inequalities?" *Journal of Epidemiology and Community Health* 55:895-904.
- Gutzwiller, Felix. 1997. "Chancengleichheit im Gesundheitsbereich." *Sozial und Präventivmedizin* 42:1-2.
- Hagenaars, Jaques A. 1990. *Categorical longitudinal data: log-linear panels, trend, and cohort analyses*. Newbury Park, London und New Delhi: Sage.
- Hagenaars, Jaques A., und N.P. Cobben. 1978. "Age, cohort, and period: A general model for the analysis of social change." *The Netherlands Journal of Sociology (Sociologia Neerlandica)* 10:244-257.
- Haller, Max (Ed.). 1989. *Die Klassenstruktur im sozialen Bewusstsein. Ergebnisse vergleichender Umfrageforschung zu Ungleichheitsvorstellungen*. Frankfurt a. M./New York: Campus.
- Haslip, Joan. 2005. *Marie Antoinette. Ein tragisches Leben in stürmischen Zeiten*. München: Piper.
- Haug, Frigga. 1973. *Kritik der Rollentheorie und ihrer Anwendung in der bürgerlichen deutschen Soziologie*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- . 1994. *Kritik der Rollentheorie*. Hamburg: Argument.

- Hirschier, Guido, und Heinrich Zwicky. 1992. "Soziale Ungleichheit in der Schweiz: Verteilungskritik und Klassenmobilisierung." *Widerspruch* 23:76-89.
- Höffe, Otfried (Ed.). 1977. *Über John Rawl's Theorie der Gerechtigkeit*. Frankfurt a. M.: Surhkamp.
- Holtmann, Dieter, und Hermann Strasser. 1989. "Entwicklungstendenzen in der Klassenstruktur kapitalistischer Gesellschaften und empirische Überprüfung verschiedener Klassenmodelle am Beispiel der Bundesrepublik." Pp. 623-625 in *Kultur und Gesellschaft: Gemeinsamer Kongress der Deutschen, der Österreichischen und der Schweizerischen Gesellschaft für Soziologie: Beiträge der Forschungskomitees, Sektionen und Ad-hoc-Gruppen*, edited by Hans-Joachim Hoffmann-Novotny. Zürich: Seismo.
- Hondrich, Karl Otto. 1984. "Der Wert der Gerechtigkeit und der Bedeutungswandel der Ungleichheit." *Soziale Welt* 3:267-293.
- Horber, Fritz. 2007. "Dem Fett-Gen auf der Spur. Mögliche Ursache für Übergewicht entdeckt." Winterthur: Adipositaszentrum Klinik Lindberg.
- House, James S. 1981. *Work Stress and Social Support*. Reading: Addison-Wesley.
- Hradil, Stefan. 1987. *Sozialstrukturanalyse in einer fortgeschrittenen Gesellschaft von Klassen und Schichten zu Lagen und Milieus*. Opladen: Leske und Budrich.
- . 1997. "Soziale Ungleichheiten. Milieus und Lebensstile in den Ländern der Europäischen Union." Pp. 475-519 in *Die westeuropäischen Gesellschaften im Vergleich*, edited by Stefan Hradil und Stefan Immerfall. Opladen: Leske + Budrich.
- . 2006. "Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil?" Pp. 33-52 in *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*, edited by Matthias Richter und Klaus Hurrelmann. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hunt, K, und E Annandale. 1999. "Relocating gender and morbidity. Examining men's and women's health in contemporary Western societies. Introduction to special issue on gender and health." *Social Science & Medicine* 48:1-5.
- Hurrelmann, Klaus. 2003. *Gesundheitssoziologie*. Weinheim & München: Juventa.
- Husi, Gregor, und Marcel Meier Kressig. 1995. *Alleineltern und Einelnern*. Zürich: Seismo.
- Huwiler, Karin, Manuel Bichsel, Christoph Junker, und Christoph E. Minder. 2002. *Soziale Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz. Eine Spezialauswertung der Gesundheitsbefragung 1997*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Hyman, Herbert. 1954. "The Value Systems of Different Classes: A Social Psychological Contribution to the Analysis of Stratification." Pp. 426-442 in *Class, Status and Power. A Reader in Social Stratification*, edited by Reinhard Bendix und Seymour M. Lipset. London.
- Idler, E. L., und Y. Benyamini. 1997. "Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies." *Journal of Health and Social Behavior* 38:21-37.
- Idler, E., H. Leventhal, J. McLaughlin, und E. Leventhal. 2004. "In sickness but not in health: Self-ratings, identity, and mortality." *Journal of Health and Social Behavior* 45:336-356.

- Jabaaij, L., und W. Meijer. 1996. "Home births in the Netherlands: Midwifery-related factors of influence." *Midwifery* 12:129-135.
- Jaccard, James. 2001. "Interaction Effects in Logistic Regression." in *Sage University Papers Series on Quantitative Applications in the Social Sciences*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Jahn, Ingeborg. 2002. "Methodische Probleme einer geschlechtergerechten Gesundheitsforschung." Pp. 142-156 in *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*, edited by Klaus Hurrelmann und Petra Kolip. Bern: Hans Huber.
- Jahn, Ingeborg, und Brigit Babitsch. 2002. "Entwurf für eine Leitlinie "Gender" für die Empfehlung zur Sicherung von "Guter epidemiologischer Praxis". Pp. 155-156 in *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit: Männer und Frauen im Vergleich*, edited by Klaus Hurrelmann und Petra Kolip. Bern: Hans Huber.
- Janowitz, Morris. 1958. "Soziale Schichtung und Mortalität in Westdeutschland." *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 10:1-37.
- Jaspers, Karl. 1986. *Der Arzt im technischen Zeitalter*. München: Piper.
- Joas, Hans. 1973. *Die gegenwärtige Lage der soziologischen Rollentheorie*. Frankfurt am Main: Athenäum.
- . 1980. *Praktische Intersubjektivität. Die Entwicklung des Werks von G.H. Mead*. Frankfurt Suhrkamp.
- . 1992. "Rollen- und Interaktionstheorie in der Sozialisationsforschung." Pp. 250-280 in *Pragmatismus und Gesellschaftstheorie*, edited by Hans Joas. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Johnson, T. R., L. C. Callister, D. S. Freeborn, R. L. Beckstrand, und K. Huender. 2007. "Dutch women's perceptions of childbirth in the Netherlands." *Mcn-the American Journal of Maternal-Child Nursing* 32:170-177.
- Joye, Dominique, und René Levy. 1994. "Vers une analyse de la stratification sociale en Suisse." *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie* 20:405-437.
- Joye, Dominique, und Martin Schuler. 1996. *Sozialstruktur der Schweiz. Sozio-professionelle Kategorien*. Bern: Bundesamt für Statistik.
- Judge, K. 1995. "Income distribution and life expectancy: a critical appraisal." *British Medical Journal* 312:999-1003.
- Junge, Matthias. 1996. "Individualisierungsprozesse und der Wandel von Institutionen. Ein Beitrag zur Theorie reflexiver Modernisierung." *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 48:728-747.
- Kandel, D. B., M. Davies, und V. H. Raveis. 1985. "The Stressfulness Of Daily Social Roles For Women - Marital, Occupational And Household Roles." *Journal Of Health And Social Behavior* 26:64-78.
- Kaplan, GA, ER Pakuk, JW Lynch, RD Cohen, und JL Balfour. 1996. "Inequality in income and mortality in the United States: analysis fo mortality and potential pathways." *British Medical Journal* 312:999-1003.

- Kaplan, RM. 1989. "Health outcome models for policy analysis." *Health Psychol* 8:723-735.
- Karasek, Robert, und Tores Theorell. 1990. *Healthy Work. Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.
- Kawachi, Ichiro, und Bruce P. Kennedy. 1997a. "Health and social cohesion: why care about income inequality?" *British Medical Journal* 314:1037-1040.
- . 1997b. "The relationship of income inequality and mortality – Does the choice of indicator matter?" *Social Science & Medicine* 45:1121-1127.
- . 1999. "Income inequality and health: pathways and mechanisms." *Health Service Research* 34:215-227.
- Kawachi, Ichiro, Bruce P. Kennedy, K Lochner, und D Prothrow-Stith. 1997. "Social capital, income inequality, and mortality." *American Journal of Public Health* 87:1491-1498.
- Kawachi, Ichiro, Bruce P. Kennedy, und Richard G. Wilkinson (Eds.). 1999. *The Society and Population Health Reader. Volume I: Income Inequality and Health*. New York: The New Press.
- Kennedy, Bruce P., Ichiro Kawachi, und D Prothrow-Stith. 1996. "Income distribution and mortality: cross-sectional ecological study of the Robin Hood Index in the United States." *British Medical Journal* 312:1004-1007. And erratum: *British Medical Journal* 1996: 312: 1253
- Knesebeck, Olaf von dem, P. Verde, und Nico Dragano. 2006. "Education and health in 22 European countries." *Social Science & Medicine*?
- Konietzka, Dirk. 1995. *Lebensstile im sozialstrukturellen Kontext: Ein theoretischer und empirischer Beitrag zur Analyse soziokultureller Ungleichheiten*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- König, Claudia, Markus Lamprecht, Hanspeter Stamm, et al. 2005. *Dritter Berner Gesundheitsbericht*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Kreckel, Reinhard. 1992. *Politische Soziologie der sozialen Ungleichheit*. Frankfurt a. M./ New York: Campus.
- Kristenson, M., H. R. Eriksen, J. K. Sluiter, D. Starke, und H. Ursin. 2004. "Psychobiological mechanisms of socioeconomic differences in health." *Social Science & Medicine* 58:1511-1522.
- Kristenson, M., Z. Kucinskiene, B. Bergdahl, und K. Orth-Gomer. 2001. "Risk factors for coronary heart disease in different socioeconomic groups of Lithuania and Sweden - the LiVicordia study." *Scandinavian Journal of Public Health* 29:140-150.
- Kristenson, M., K. Orth-Gomer, Z. Kucinskiene, B. Bergdahl, H. Calkauskas, I. Balinkyniene, und A. G. Olsson. 1998. "Attenuated cortisol response to a standardized stress test in Lithuanian versus Swedish men: The LiVicordia study." *International Journal of Behavioral Medicine* 5:17-30.
- Kron, Thomas. 2000. *Individualisierung und soziologische Theorie*. Opladen: Leske + Budrich.

- Krugmann, Paul. 1996. "The spiral of inequality." *Mother Jones* Nov/Dec:44-49.
- Kunst, A. E., V. Bos, E. Lahelma, M. Bartley, I. Lissau, E. Regidor, A. Mielck, M. Cardano, J. A. A. Dalstra, J. J. M. Geurts, U. Helmert, C. Lennartsson, J. Ramm, T. Spadea, W. J. Stronegger, und J. P. Mackenbach. 2005. "Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries." *International Journal of Epidemiology* 34:295-305.
- Kunst, Anton E. 2006. "Herausforderungen bei der Beschreibung gesundheitlicher Ungleichheit in Europa: Ein Überblick aktueller Studien." Pp. 353-370 in *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*, edited by Matthias Richter und Klaus Hurrelmann. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lalive d'Epinay, Christian, Michel Bassand, Etienne Christe, und Dominique Gros. 1982. *Temps libre. Culture de masse et cultures de classe aujourd'hui*. Lausanne: Favre.
- Lampert, Thomas, und Lars E. Kroll. 2006. "Messung des sozioökonomischen Status in sozial-epidemiologischen Studien." Pp. 297-320 in *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*, edited by Matthias Richter und Klaus Hurrelmann. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lamprecht, Markus. 1991. "Möglichkeiten und Grenzen schulischer Chancengleichheit in westlichen Gesellschaften." Pp. 126-153 in *Das Ende der sozialen Schichtung? Züricher Arbeiten zur gesellschaftlichen Konstruktion von sozialer Lage und Bewusstsein in der westlichen Zentrumsgesellschaft*, edited by Volker Bornschier. Zürich: Seismo.
- Lamprecht, Markus, und Markus Graf (Eds.). 1991. *Statuszuweisung in den siebziger und achtziger Jahren*. Zürich: Seismo.
- Lamprecht, Markus, Claudia König, und Hanspeter Stamm. 2005. "Chancengleichheit, Stress und Körpergewicht. Grundlagendokument im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz." Zürich.
- . 2006. "Chancengleichheit, Stress und Körpergewicht. Grundlagendokument im Auftrag der Gesundheitsförderung Schweiz." Zürich.
- Lamprecht, Markus, und Hanspeter Stamm. 1994. *Die soziale Ordnung der Freizeit: Soziale Unterschiede im Freizeitverhalten der Schweizer Wohnbevölkerung*. Zürich: Seismo.
- . 1996. *Soziale Ungleichheit im Bildungswesen*. Bern: Bundesamt für Statistik.
- . 1999. "Individualisiertes Gesundheitsverhalten und soziale Lage." Pp. 62-85 in *Gesundheit, Medizin und Gesellschaft, Beiträge zur Soziologie der Gesundheit*, edited by Christoph Maeder, Claudine Burton-Jeangros, und Mary Haour-Knipe. Zürich: Seismo.
- . 2000. "Soziale Lagen in der Schweiz." *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie* 26:261-295.
- . 2004. *Eidgenössische Volkszählung 2000. Entwicklung der Soziastruktur*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Lavallo, William R. 2005. *Stress and health: biological and psychological interactions*. Thousand Oaks, Kalifornien: Sage.

- LeGrand, J. 1987. "Inequalities in health: Some international comparison." *European Economic Review* 31:182-191.
- Lehmann, Philippe, Catherine Mamboury, und Christoph E. Minder. 1990. "Health and social inequities in Switzerland." *Social Science & Medicine* 31:369-386.
- Lemel, Yannick. 1991. *Stratification et mobilité sociale*. Paris: Armand Colin.
- Lepège, A., und S. Hunt. 1997. "The problem of quality of life in medicine." *JAMA* 278:47-50.
- Leu, Robert E., Stefan Burri, und Tom Priester. 1997. *Lebensqualität und Armut in der Schweiz*. Bern et al.: Verlag Paul Haupt.
- Levy, René. 1977. *Der Lebenslauf als Statusbiographie*. Stuttgart: Enke.
- Levy, René, Dominique Joye, Oliver Guye, und Vincent Kaufmann. 1997. *Tous égaux? De la stratification aux représentations*. Zürich: Seismo.
- Levy, René, und Christian Suter. 2002. "Stratification Research in Switzerland: Where are we?" *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie* 28:181-192.
- Linton, Ralph. 1936. *The Study of Man*. New York: Appleton-Century.
- . 1947. *The Cultural Background of Personality*. London: Routledge and Kegan Paul.
- . 1973 (1967). "Rolle und Status." in *Moderne amerikanische Soziologie. Neuere Beiträge zur soziologischen Theorie*, edited by Heinz Hartmann. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Lüdtke, Hartmut. 1989. *Expressive Ungleichheit: Zur Soziologie der Lebensstile*. Opladen: Lesle + Budrich.
- . 1995. *Zeitverwendung und Lebensstile: Empirische Analysen zu Freizeitverhalten, expressiver Ungleichheit und Lebensqualität in Westdeutschland*. Marburg: Institut für Soziologie der Philipps-Universität.
- Lynch, J. 1996. "Social position and health." *Annals of Epidemiology* 6:21-23.
- Lynch, JW, und GA Kaplan. 2000. "Socioeconomic Position." Pp. 13-35, edited by Lisa F. Berkman und Ichiro Kawachi. Oxford: Oxford University Press.
- Macintyre, Sally. 1994. "A review of indicators of 'health' used in research on socio-economic differentials in health in Europe." Pp. 85-104 in *Health inequalities: discussion in western European countries*, edited by Andreas Mielck und Maria do Rosario Giraldes. Münster & New York: Waxmann.
- Mackenbach, Johan P. 1994. "Socioeconomic inequalities in health in the Netherlands: impact of a five year research program." *British Medical Journal* 309:1487-1491.
- Mackenbach, Johan P. 1998. "The Dutch experience with promoting research on inequality in health." Pp. 19-28 in *Promoting research on inequality in health*, edited by Arve-Parès. Stockholm: Swedish Council for Social Research.
- Mackenbach, Johan P., und Martijntje J. Bakker (Eds.). 2002. *Reducing Inequalities in Health: A European Perspective*. London: Routledge.

- Mäder, Ueli, Franziska Biedermann, Hector Schmassmann, und Barbara Fischer. 2001. "Armut in Basel-Stadt." *Social Strategies, Karger & Libri, Basel* 23.
- Maor, Yasmin, Miri King, Liraz Olmer, und Benjamin Mozes. 2001. "A comparison of three measures: the time trade-off technique, global health-related quality of life and the SF-36 in dialysis patients." *Journal of Clinical Epidemiology* 54:565-570.
- Marks, Stephen R. 1977. "Multiple Roles und Role Strain - Some Notes on Human Energy, Time and Commitment." *American Sociological Review* 42:921-936.
- Marmot, M. 2006. "Tackling social factors to improve health." *Bulletin of the World Health Organization* 84:267-268.
- Marmot, Michael. 2004. "Social determinants of health: a panoramic view." in *Balzan Price for Epidemiology*.
- . 2005. "Social determinants of health inequalities." *The Lancet* 365.
- Marmot, Michael, George Davey Smith, und Stephen Stansfield. 1991. "Health in equalities among British civil servants. The Whitehall II Study." *The Lancet* 337:1387-1393.
- Marmot, Michael, und RG Wilkinson (Eds.). 2006. *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press.
- Maschewsky-Schneider, U. 1997. *Frauen sind anders krank. Zur gesundheitlichen Lage der Frauen in Deutschland*. Weinheim, Münschen: Juventa Verlag.
- Mayer, Karl Ulrich (Ed.). 1990. *Lebensverläufe und sozialer Wandel*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- McMunn, A., M. Bartley, R. Hardy, und D. Kuh. 2006. "Life course social roles and women's health in mid-life: causation or selection?" *Journal of Epidemiology and Community Health* 60:484-489.
- Mead, Georg Herbert. 1965 (1934). *Mind, Self and Society. From the Standpoint for a Social Behaviorist*. London & Chicago: The University of Chicago Press.
- Menaghan, E. G. 1989. "Role Changes and Psychological Well-Being - Variations in Effects by Gender and Role Repertoire." *Social Forces* 67:693-714.
- Merton, Robert K. 1957 (1949). *Social Theory and Social Structure*. Glencoe, Illinois: The Free Press.
- . 1973 (1957). "Der Rollen-Set: Probleme der soziologischen Theorie." Pp. 317-333 in *Moderne amerikanische Soziologie*, edited by Heinz Hartmann. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Meyer, Katharina. 2007. "Mortalität durch koronare Herzkrankheit und sozialer Gradient." in *Webpublikation im Rahmen des Einzelindikatoren-Monitorings*, edited by Obsan (<http://www.obsan.ch/monitoring/statistiken/d/index.htm> - 15.12.2007).
- Meyer, Peter C. 1995. "Soziale Rollen und Statuspositionen in der Bevölkerung und bei Psychiatriepatienten." in *Forschungsbericht der Abteilung für Psychosoziale Medizin*. Zürich: Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital.

- . 2000. *Rollenkonfigurationen, Rollenfunktionen und Gesundheit: Zusammenhänge zwischen sozialen Rollen, sozialem Stress, Unterstützung und Gesundheit*. Opladen: Leske + Budrich.
- Mielck, Andreas. 2000. *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern: Hans Huber.
- . 2002. "Soziale Ungleichheit und Gesundheit." Pp. 387-402 in *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*, edited by Klaus Hurrelmann und Petra Kolip. Bern: Hans Huber.
- Miller, M., P. Moen, und D. Dempster-McClain. 1991. "Motherhood, multiple roles, maternal well-being: Women of the 1950s." *Gender & Society* 5:565-582.
- Minder, C. E. 1984. "The Quality of Determining Causes of Death in Switzerland." *Sozial- und Präventivmedizin* 29:248-250.
- . 1993. "Socioeconomic-Factors and Mortality in Switzerland." *Sozial- und Präventivmedizin* 38:313-328.
- Minder, C. E., V. Beer, und R. Rehmann. 1986a. "Mortality Differentials by Socioeconomic Group in Switzerland 1980 - Men, 15-74." *Sozial- und Präventivmedizin* 31:216-219.
- . 1986b. "Sterblichkeitsunterschiede nach sozio-ökonomischen Gruppen in der Schweiz 1980:15- bis 74jährige Männer." *Sozial- und Präventivmedizin* 31:216-219.
- Minder, Christoph E., und Raphael Amstutz. 2001. "Kommunikation von wissenschaftlichen Erkenntnissen der Sozial-Epidemiologie. Einige Erfahrungen aus der Schweiz." Pp. 309-316 in *Sozial-Epidemiologie*, edited by Andreas Mielck und Kim Bloomfield. Weinheim & München: Juventa.
- Mithaug, Dennis E. 1996. *Equal Opportunity Theory*. London: Sage.
- Mooney, Gavin. 1983. "Equity in health care: confronting the confusion." *Effective Health Care* 1:179-185.
- Moore, Harriet, und Gerhard Kleining. 1960. "Das soziale Selbstbild der Gesellschaftsschichten in Deutschland." *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 12:86-119.
- Mosse, M., und G. Tugendreich (Eds.). 1913. *Krankheit und soziale Lage*. München.
- Müller, Hans-Peter. 1992. *Sozialstruktur und Lebensstile: Der neue theoretische Diskurs über soziale Ungleichheiten*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Müller, Hans-Peter, und Bernd Wegener (Eds.). 1995. *Soziale Ungleichheit und soziale Gerechtigkeit*. Opladen: Leske + Budrich.
- Narring, F., A. Tschumper, und P. Michaud. 1994. *Die Gesundheit der Jugendlichen in der Schweiz. Bericht einer gesamtschweizerischen Studie über Gesundheit und Lebensstil 15- bis 20jährigen*. Lausanne: Institut für Sozial- und Präventivmedizin.
- Neumann, John von , und Oscar Morgenstern. 2004 (1944). *Theory of Games and Economic Behavior*. Princeton NJ: University Press.

- Niemann, Steffen, Adrian Spörri, und Thomas Abel. 2005. *Bestandesaufnahme der Indikatoren sozialer Ungleichheit in der Schweizer Gesundheitsberichterstattung*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Parsens, Talcott, Edward Shils, und Paul Felix Lazarsfeld. 1975. *Soziologie - autobiographisch : drei kritische Berichte zur Entwicklung einer Wissenschaft*. München: DTV Verlag.
- Power, Chris, und Diana Kuh. 2006. "Life course development of unequal health." Pp. 27-54 in *Social Inequalities in Health. New Evidence and Policy Implications*, edited by Johannes Siegrist und Michael Marmot. Oxford: Oxford University Press.
- Putnam, Robert D. 1993. *Making Democracy Work. Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Radoschewski, M. 2000. "Gesundheitsbezogene Lebensqualität - Konzepte und Maße." *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 43:165-189.
- Rawls, John. 1975. *Eine Theorie der Gerechtigkeit*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Reid, J., und M. Hardy. 1999. "Multiple roles and well-being among midlife women: Testing role strain and role enhancement theories." *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences* 54:S329-S338.
- Ritsert, Jürgen. 1997. *Gerechtigkeit und Gleichheit*. Münster: Verlag Westfälisches Dampfboot.
- Rodgers, Everett M. 1983. *Diffusion of Innovations*. New York: Free Press.
- Rodgers, G.B. 1979. "Income and Inequality as Determinants of Mortality: an international cross-section analysis." *Population Studies* 33:343-351.
- Roemer, John E. 1996. *Theories of Distributive Justice*. Cambridge: Harvard University Press.
- Rüesch, P., und P. Manzoni. 2003. *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring*. Neuchâtel: edition obsan.
- Ruschetti, Paul, und Hanspeter Stamm. 1991. "Muster der Statusverknüpfung in sechs westlichen Ländern." Pp. 99-125 in *Das Ende der sozialen Schichtung*, edited by Volker Bonrschier. Zürich: Seismo.
- Ryder, N.B. 1965. "The cohort as a concept in the study of social change." *American Sociological Review* 30:843-881.
- Sapolsky, R. M. 2004. "Social status and health in humans and other animals." *Annual Review of Anthropology* 33:393-418.
- Saunders, P. 1996. "Poverty, Income Distribution and Health: An Australian Study." in *SPRC Reports and Proceedings No. 128*. Sydney: Social Policy Research Center, University of New South Wales.
- Schelsky, Helmut. 1957. *Schule und Erziehung in der industriellen Gesellschaft*. Würzburg: Werkbung.

- Schimank, Uwe. 2002. *Das zwiespältige Individuum: Zum Person-Gesellschaft-Arrangement der Moderne*. Opladen: Leske + Budrich.
- Schmidt, Volker H. 2000. *Bedingte Gerechtigkeit: Soziologische Analysen und philosophische Theorien*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Schopper, Doris, und Reto Obrist. 2005. "Das Nationale Krebsprogramm für die Schweiz 2005-2010." *Schweizerische Ärztezeitung* 86:1298-1305.
- Schuhmacher, J., A. Klaiberg, und E. Brähler. 2003. "Diagnostik von Lebensqualität und Wohlbefinden _ Eine Einführung." Pp. 1-18 in *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*, edited by J. Schuhmacher, A. Klaiberg, und E. Brähler. Göttingen: Hogrefe.
- Schüler, G, und M Bopp. 1997. *Atlas der Krebsmortalität in der Schweiz 1970-1990*. Bern: Birkhäuser.
- Schulze, Gerhard. 1992. *Die Erlebnisgesellschaft. Kultursoziologie der Gegenwart*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Schweizerisches Rotes Kreuz. 2004. *Migration - eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen*. Zürich: Seismo.
- Schwenk, Otto G. 1999. *Soziale Lagen in der Bundesrepublik Deutschland*. Opladen: Leske + Budrich.
- SFA, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme. 2004. *Drogeninfo Tabak*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- Shively, C. A., M. B. Fontenot, und J. R. Kaplan. 1995. "Social-Status, Behavior, and Central Serotonergic Responsivity in Female Cynomolgus Monkeys." *American Journal of Primatology* 37:333-339.
- Shively, C. A., K. LaberLaird, und R. F. Anton. 1997. "Behavior and physiology of social stress and depression in female cynomolgus monkeys." *Biological Psychiatry* 41:871-882.
- Shively, C. A., S. J. Mirkes, N. Z. Lu, J. A. Henderson, und C. L. Bethea. 2003. "Soy and social stress affect serotonin neurotransmission in primates." *Pharmacogenomics Journal* 3:114-121.
- Shively, C. A., und J. M. Wallace. 1999. "Social status, social stress and fat distribution in primates." *Psychosomatic Medicine* 61:107-107.
- Sieber, Sam D. 1974. "Toward a Theory of Role Accumulation." *American Sociological Review*:567-578.
- Siegrist, Johannes. 1989. "Steps towards explaining social differentials in morbidity: the case of West Germany." Pp. 353-371 in *Health Inequalities in European Countries*, edited by J. Fox. Aldershot, UK: Gower Publishing.
- . 1996. *Soziale Krisen und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe.
- . 2005. *Medizinische Soziologie*. München & Jena: Urban & Fischer.

- Siegrist, Johannes, und Michael Marmot. 2004. "Health inequalities and the psychosocial environment – two scientific challenges." *Social Science & Medicine* 58:1463-1473.
- Siegrist, Johannes, Richard Peter, Astrid Junge, Peter Cremer, and Dieter Seidel. 1990. "Low status control, high effort at work and ischemic heart disease: Prospective evidence from blue-collar men." *Social Science & Medicine* 31:1127-1134.
- Sigrist, Stephan. 2006. "Zukunftsperspektiven des Gesundheitsmarkts." Bern: Eidgenössischen Departements des Innern (EDI).
- Spellerberg, Annette. 1996. *Soziale Differenzierung durch Lebensstile: Eine empirische Untersuchung zur Lebensqualität in West- und Ostdeutschland*. Berlin: edition sigma.
- Spöndlin, Ruedi. 2000. "Gibt es in der Schweiz eine Zweiklassenmedizin?" Pp. 133-145 in *Sozialrechte und Chancengleichheit in der Schweiz*, edited by Sozialalmanach 2002. Luzern: Caritas.
- Stamm, Hanspeter, und Markus Lamprecht. 2005. *Entwicklung der Sozialstruktur*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- . (2007 im Druck). "Bildung als Gesundheitsressource." in *Schweizerischer Gesundheitsbericht*, edited by Katharina Meyer. Neuchâtel: Obsan.
- Stamm, Hanspeter, Markus Lamprecht, und Rolf Näf. 2003. *Soziale Ungleichheit in der Schweiz. Strukturen und Wahrnehmungen*. Zürich: Seismo.
- Stöhlker, Klaus J. 2006. "Zwei- oder Drei-Klassen-Medizin." <http://www.stoehlker.ch/weblog/2006/09/05/zwei-oder-drei-klassen-medizin/>.
- Streuli, Elisa, und Tobias Bauer. 2002. *Working Poor in der Schweiz. Konzepte, Ausmasse und Problemlagen aufgrund der Daten der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Suter, Christian, Monica Budowski, und Peter C. Meyer. 1996. "Einkommensschwäche, Unterversorgung und Mangellagen bei alleinerziehenden Müttern in der Stadt Zürich: Ergebnisse einer Längsschnittstudie." *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie* 22:27-57.
- Suter, Christian, Isabelle Renschler, und Dominique Joye (Eds.). 2004. *Sozialbericht 2004*. Zürich: Seismo.
- Thoits, Peggy A. 1983. "Multiple identities and psychological well-being: A reformulation and test of the social isolation hypothesis." *American Sociological Review* 48.
- . 1986. "Multiple Identities: Examining Gender and Marital Status Differences in Distress." *American Sociological Review* 51:259-272.
- Tocqueville, Alexis de. 2000. *Democracy in America*. Indianapolis: Hackett.
- Townsend, Peter, Nick Davidson, und Margareth Whitehead. 1992 (1982). *Inequalities in Health: The Black Report (1980) and The Health Divide (1987)*. Harmondsworth: Penguin.
- Treiman, Donald J. 1977. *Occupational prestige in comparative perspective*. New York, NY: Academic Press.

- Tumin, Melvin M. 1953. "Some Principles of Stratification: A Critical Analysis." *American Sociological Review* 18:387-394.
- United Nations. 1996. *Human Development Report 1996*. New York: Oxford University Press.
- Waldmann, Robert J. 1992. "Income Distribution and Infant Mortality." Pp. 14-27 in *The Society and Population Health Reader: Income Inequality and Health*, edited by Ichiro Kawachi, Richard G. Wilkinson, und Bruce P. Kennedy. New York: The New Press.
- Wanner, P., T. Perneger, und A. Rougemont. 1996. "Availability and quality of the data used for establishing a health assessment of the canton of Geneva: Implications for the monitoring of the development of the problems and effects of health politics." *Sozial-Und Präventivmedizin* 41:116-125.
- Whitehead, Margareth. 1991. *Die Konzepte und Prinzipien von Chancengleichheit und Gesundheit*. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa.
- WHO, World Health Organization. 1985a. *Einzelziele für "Gesundheit 2000". Einzelziele zur Unterstützung der europäischen Regionalstrategie für "Gesundheit 2000"*. Kopenhagen: WHO, Regionalbüro für Europa.
- . 1985b. "Targets for health for all." in *European Health for All Series. No. 1*. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa.
- . 1999. "Gesundheit 21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO." in *Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“; Nr. 6*. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa.
- . 2001. *The World Health Report: Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization.
- . 2007. "Core Health Indicators." <http://www.who.int>.
- Wiegers, T. A., Mjnc Keirse, J. vanderZee, und G. A. H. Berghs. 1996. "Outcome of planned home and planned hospital births in low risk pregnancies: Prospective study in midwifery practices in the Netherlands." *British Medical Journal* 313:1309-1313.
- Wiegers, T. A., J. Van der Zee, J. J. Kerssens, und Mjnc Keirse. 1998. "Home birth or short-stay hospital birth in a low risk population in the Netherlands." *Social Science & Medicine* 46:1505-1511.
- Wilkinson, Richard G. 1986. "Income and Inequality." in *Class and health: Research and Longitudinal Data*, edited by RG Wilkinson. London: Travistock.
- . 1992. "Income inequality and life expectancy." *British Medical Journal* 304:165-168.
- . 1994. "The epidemiological transition: From material scarcity to social disadvantage?" *Daedalus* 123:61-77.
- . 1996. *Unequal Societies. The Afflictions of Inequality*. London: Routledge.
- . 1997. "Health inequalities: relative or absolute material standards?" *British Medical Journal* 314:591-595.

-
- . 1999. "Income and Life Expectancy " Pp. 28-35 in *The Society and Population Health Reader: Income Inequality and Health*, edited by Ichiro Kawachi, Richard G. Wilkinson, and Bruce P. Kennedy. New York: The New Press.
- . 2005. *The Impact of Inequality. How to Make Sick Societies Healthier*. New York: The New Press.
- Wilkinson, Richard G., und Michael Marmot (Eds.). 1998. *Social determinants of health. The solid facts*. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa.
- Wilkinson, Richard G., und Kate E. Pickett. 2006. "Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence." *Social Science & Medicine* 62:1768–1784.
- Willard, S. L., und C. A. Shively. 2007. "Effects of social status on differences in mothering style in *Macaca fascicularis*." *American Journal of Primatology* 69:64-65.
- Wiswede, Günter. 1977. *Rollentheorie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Witschi, A, Ch Junker, und Ch E Minder. 2000. "Soziale Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz. Ergebnisse der Gesundheitsbefragung 1992/93." Bern: Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern, interner Bericht.
- Wright, Eric O. 1985. *Classes*. London: Verso Edition.
- . 1997. *Class Counts: Comparative Studies in Class Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wydler, Hans. 1997. "Chancengleichheit im Gesundheitsbereich." *Sozial und Präventivmedizin* 42:3-5.
- Zemp-Stutz, E., und B. Buddeberg-Fischer. 2004. "Gesundheit und Krankheit." Pp. 309-326 in *Psychosoziale Medizin*, edited by Claus Buddeberg. Berlin: Springer.
- Zerger, Frithjof. 2000. *Klassen, Milieus und Individualisierung: Eine empirische Untersuchung zum Umbruch des Sozialstruktur*. Frankfurt a. M./ New York: Campus.
- Ziegelmann, JP. 2002. "Gesundheits- und Krankheitsbegriffe." Pp. 149-152 in *Gesundheitspsychologie von A bis Z: Ein Handwörterbuch*, edited by Ralf Schwarzer, M. Jerusalem, und H. Weber. Göttingen: Hogrefe.
- Zimmermann, Erwin, und Walter Weiss. 2004. "Gesundheit und Krankheit als Folge sozialer Ungleichheit." in *Sozialbericht 2004*, edited by Christian Suter, Isabelle Renschler, und Dominique Joye. Zürich: Seismo.

8 ANHANG

Tabelle 8-1: Korrelationsmatrix

	Wahrg. G.	Psych G.	Beschw.	Rauchen	Altersgr.	Geschlecht	Bildung	Eink.	Beruf	Rollenkonf.
Wahrg. G.		0.23	0.29	0.06	-0.10	-0.04	0.12	0.08	0.07	-0.10
<i>N</i>	18988	18005	17716	10711	18988	18988	18977	18600	18593	18621
Psych G.	0.23		0.30	0.07	0.08	-0.03	n.s.	0.05	n.s.	-0.06
<i>N</i>	18005	18007	16826	10254	18007	18007	18002	17682	17656	17683
Beschwerden	0.29	0.30		0.06	-0.03	-0.18	0.08	0.05	0.02	-0.14
<i>N</i>	17716	16826	17719.00	9981	17719	17719	17710	17365	17352	17381
Rauchen	0.06	0.07	0.06		0.02**	0.16	0.06	-0.02**	0.09	0.05
<i>N</i>	10711	10254	9981	10714.00	10714	10714	10708	10484	10446	10493
Altersgruppen	-0.10	0.08	-0.03	0.02**		0.03	-0.09	0.09	-0.03	0.08
<i>N</i>	18988	18007	17719	10714	18991.00	18991	18980	18601	18596	18624
Geschlecht	-0.04	-0.03	-0.18	0.16	0.03		-0.21	-0.09	0.01**	0.46
<i>N</i>	18988	18007	17719	10714	18991	18991.00	18980	18601	18596	18624
Bildung	0.12	n.s.	0.08	0.06	-0.09	-0.21		0.28	0.39	-0.15
<i>N</i>	18977	18002	17710	10708	18980	18980	18980.00	18600	18587	18613
Einkommen	0.08	0.05	0.05	-0.02**	0.09	-0.09	0.28		0.32	n.s.
<i>N</i>	18600	17682	17365	10484	18601	18601	18600	18601.00	18260	18257
Beruf	0.07	n.s.	0.02	0.09	-0.03	0.01**	0.39	0.32		-0.05
<i>N</i>	18593	17656	17352	10446	18596	18596	18587	18260	18596.00	18236
Rollenkonf.	-0.10	-0.06	-0.14	0.05	0.08	0.46	-0.15	n.s.	-0.05	
<i>N</i>	18621	17683	17381	10493	18624	18624	18613	18257	18236	18624.00

Spearman's rho für ordinales Skalenniveau.

Alle aufgeführten Werte ohne Vermerk sind auf dem 99%-Niveau signifikant, Ausnahmen: **10%-Niveau.

Tabelle 8-2: Schlechte Gesundheit¹ 1992 und 2002

		Modell 1			Modell 2			Modell 3 (Frauen)			Modell 4 (Männer)		
		B	Exp(B)	Sig.	B	Exp(B)	Sig.	B	Exp(B)	Sig.	B	Exp(B)	Sig.
Alter	30-39 Jahre (Basis)			***			***						***
	40-49	0.23	1.26	**	0.26	1.30	**	0.19	1.21	***	0.30	1.35	*
	50-59	0.90	2.46	***	0.77	2.15	***	0.66	1.93	***	0.86	2.37	***
Geschlecht	Frau (Basis Mann)	-0.01	0.99		-0.56	0.57	***						
Jahr	1992 (Basis 2002)	-0.01	0.99		-0.14	0.87		-0.16	0.85		0.16	1.17	
Bildung	obligatorische Schule	0.90	2.45	***	0.86	2.36	***	0.78	2.18	***	0.81	2.25	***
	Sekundarstufe II	0.22	1.25	*	0.20	1.22		-0.03	0.97		0.45	1.57	**
	Tertiärstufe (Basis)			***			***			***			***
Einkommen	bis 3000	0.73	2.08	***	0.89	2.44	***	0.95	2.58	***	0.68	1.97	**
	3000 - 4499	0.25	1.28		0.40	1.49	**	0.41	1.51		0.38	1.45	
	4500 - 5999	0.08	1.08		0.17	1.19		0.07	1.07		0.21	1.23	
	6000+ (Basis)			***			***			***			*
Beruf	An-, ungelernte manuelle Berufe	0.89	2.44	***	0.73	2.08	***	0.54	1.72		0.82	2.27	**
	Qualifizierte manuelle Berufe	1.05	2.85	***	0.91	2.48	***	0.93	2.54	**	0.77	2.16	**
	Kleinunternehmer	0.22	1.24		0.25	1.29		0.11	1.12		0.28	1.32	
	Büroangestellte, andere n.m. Berufe	0.68	1.98	***	0.51	1.67	**	0.43	1.53		0.60	1.83	*
	Höherqual. n.m.B./ mittl. Kader	0.77	2.16	***	0.63	1.88	***	0.65	1.92	*	0.37	1.45	
	Höhere Führungskräfte, freie B. (Basis)			***			***			**			**
Rollenkonfiguration	Trirollenträger (Basis)						***			***			***
	Alleinerziehende				0.93	2.52	***	0.39	1.47		-0.31	0.73	
	Partnerpersonen				0.59	1.81	***	0.41	1.51		0.40	1.50	*
	Singles				0.99	2.69	***	0.45	1.57	*	0.91	2.49	***
	trad. "Mütter"				1.28	3.61	***	0.19	1.21		2.90	18.18	***
	Alleinerz. ohne Berufsrolle				1.95	7.00	***	1.22	3.38	***	-3.52	0.03	
	trad. "Ehefrauen" ohne Elternrolle				1.55	4.69	***	0.39	1.47		²		
	Rollenlose				2.50	12.24	***	1.68	5.37	***	2.75	15.69	***
Konstante		-5.11	0.01	***	-5.69	0.00	***	-5.16	0.01	***	-6.05	0.00	***
Nagelkerke R Square/ n		0.06	/	16'479	0.12	/	16'165	0.09		8'402	0.20		7'763

* 10%; ** 5%; *** 1% Signifikanzniveau

¹ Gut und sehr gut = 0 / schlecht bis sehr schlecht = 1; ² n<10

Tabelle 8-3: Schlechte Gesundheit¹ 1992 und 2002 (mit mittlerer Kategorie)

		Modell 1a			Modell 2a			Modell 3a (Frauen)			Modell 4a (Männer)		
		B	Exp(B)	Sig.	B	Exp(B)	Sig.	B	Exp(B)	Sig.	B	Exp(B)	Sig.
Alter	30-39 Jahre (Basis)			***			***			***			***
	40-49	0.32	1.38	***	0.33	1.38	***	0.31	1.36	***	0.32	1.38	***
	50-59	0.80	2.22	***	0.67	1.95	***	0.61	1.84	***	0.73	2.08	***
Geschlecht	Frau (Basis Mann)	0.16	1.18	***	-0.06	0.94							
Jahr	1992 (Basis 2002)	0.05	1.06		-0.03	0.97		-0.09	0.92	**	0.16	1.17	**
Bildung	obligatorische Schule	0.59	1.80	***	0.59	1.80	***	0.59	1.80	***	0.46	1.58	***
	Sekundarstufe II	0.11	1.12	*	0.12	1.13	**	0.01	1.01		0.26	1.30	***
	Tertiärstufe (Basis)			***			***			***			***
Einkommen	bis 3000	0.59	1.80	***	0.71	2.03	***	0.67	1.95	***	0.68	1.98	***
	3000 - 4499	0.24	1.27	***	0.33	1.39	***	0.26	1.30	**	0.40	1.50	***
	4500 - 5999	0.22	1.25	**	0.27	1.31	***	0.17	1.19	**	0.35	1.42	***
	6000+ (Basis)			***			***			***			***
Beruf	An-, ungelernte manuelle Berufe	0.64	1.89	***	0.52	1.68	***	0.36	1.44	**	0.57	1.77	***
	Qualifizierte manuelle Berufe	0.74	2.09	***	0.62	1.86	***	0.47	1.59	**	0.64	1.89	***
	Kleinunternehmer	0.24	1.27	**	0.18	1.20		-0.22	0.80	**	0.39	1.47	**
	Büroangestellte, andere n.m. Berufe	0.50	1.65	***	0.38	1.46	***	0.23	1.26	**	0.45	1.57	***
	Höherqual. n.m.B./ mittl. Kader	0.50	1.64	***	0.38	1.46	***	0.29	1.33	*	0.28	1.33	**
	Höhere Führungskräfte, freie B. (Basis)			***			***			***			***
Rollenkonfiguration	Trirollenträger (Basis)						***			***			***
	Alleinerziehende				0.58	1.78	***	0.50	1.65	***	0.01	1.01	
	Partnerpersonen				0.32	1.38	***	0.39	1.48	***	0.15	1.17	
	Singles				0.46	1.58	***	0.36	1.43	***	0.37	1.45	***
	trad. "Mütter"				0.38	1.46	***	0.06	1.07	**	1.66	5.24	***
	Alleinerz. ohne Berufsrolle				1.14	3.14	***	0.93	2.54	***	1.53	4.63	**
	trad. "Ehefrauen" ohne Elternrolle				0.84	2.30	***	0.50	1.65	***	2	2	2
	Rollenlose				1.47	4.34	***	1.22	3.39	***	1.68	5.36	***
Konstante		-3.40	0.03	***	-3.61	0.03	***	-3.16	0.04	***	-3.88	0.02	***
Nagelkerke R Square/ n		0.06	/	18'258	0.09	/	17'921	0.08	/	9'459	0.11	/	8'462

* 10%; ** 5%; *** 1% Signifikanzniveau

¹ Gut und sehr gut = 0 / mittel bis sehr schlecht = 1); ² n>10

Tabelle 8-4: Schlechte Gesundheit¹ 1992 und 2002, mit Jahr als Interaktion

		Modell 5			Modell 6 (Frauen)			Modell 7 (Männer)		
		B	Exp(B)	Sig.	B	Exp(B)	Sig.	B	Exp(B)	Sig.
Jahr	2002 (Basis 1992)	-0.52	0.59	**	-0.47	0.63		-0.57	0.56	
Alter	30-39 Jahre (Basis)			***			***			***
	40-49	0.25	1.28	***	0.25	1.29	**	0.26	1.30	**
	50-59	0.53	1.70	***	0.51	1.66	***	0.60	1.81	***
Alter * Jahr	30-39 Jahre 2002 (Basis)			*						
	40-49 2002	0.14	1.15		0.11	1.11		0.12	1.13	
	50-59 2002	0.26	1.30	**	0.18	1.20		0.28	1.33	
Geschlecht	Frau (Basis Mann)	-0.09	0.91							
Geschlecht * Jahr	Frau 2002 (Basis Mann)	0.08	1.08							
Bildung	obligatorische Schule	0.60	1.82	***	0.50	1.65	***	0.53	1.70	***
	Sekundarstufe II	0.13	1.14		-0.12	0.88		0.42	1.52	***
	Tertiärstufe (Basis)			***			***			***
Bildung * Jahr	obligatorische Schule 2002	0.03	1.03		0.27	1.31		-0.12	0.89	
	Sekundarstufe II 2002	-0.02	0.98		0.30	1.35		-0.32	0.73	*
	Tertiärstufe 2002 (Basis)									
Einkommen	bis 3000	0.46	1.58	***	0.39	1.48	*	0.49	1.63	**
	3000 - 4499	0.11	1.11		0.01	1.01		0.18	1.20	
	4500 - 5999	0.18	1.20		-0.05	0.95		0.37	1.45	*
	6000+ (Basis)			***			***			**
Einkommen * Jahr	bis 3000 2002	0.40	1.50	**	0.40	1.50		0.36	1.43	
	3000 - 4499 2002	0.34	1.41	*	0.35	1.41		0.39	1.48	
	4500 - 5999 2002	0.12	1.13		0.29	1.34		-0.05	0.95	
	6000+ 2002 (Basis)									
Beruf	An-, ungelernte manuelle Berufe	0.60	1.82	***	0.56	1.74	*	0.48	1.61	**
	Qualifizierte manuelle Berufe	0.75	2.12	***	0.78	2.18	**	0.60	1.83	***
	Kleinunternehmer	0.21	1.23		-0.08	0.92		0.26	1.30	
	Büroangestellte, andere n.m. Berufe	0.56	1.75	***	0.52	1.68	**	0.50	1.64	**
	Höherqual. n.m.B./ mittl. Kader	0.44	1.56	***	0.44	1.55		0.24	1.27	
	Höhere Führungskräfte, freie B. (Basis)			***			***			*
Beruf * Jahr	An-, ungelernte manuelle Berufe '02	-0.10	0.91		-0.33	0.72		0.18	1.20	
	Qualifizierte manuelle Berufe '02	-0.24	0.78		-0.57	0.57		0.04	1.04	
	Kleinunternehmer 2002	-0.05	0.95		-0.27	0.76		0.24	1.27	
	Büroangestellte, andere n.m. B. '02	-0.33	0.72		-0.53	0.59		-0.09	0.92	
	Höherqual. n.m.B./ mittl. Kader '02	-0.12	0.89		-0.29	0.75		0.07	1.08	
	Höhere Führungskräfte, f. B. '02 (Basis)									
Rollenkonfiguratio	Trirollenträger (Basis)			***			***			***
	Alleinerziehende	0.50	1.66	***	0.45	1.57	*	-0.35	0.70	
	Partnerpersonen	0.19	1.21		0.29	1.33		0.05	1.05	
	Singles	0.31	1.37	***	0.23	1.25		0.23	1.26	
	trad. "Mütter"	0.28	1.32	**	0.02	1.02		1.26	3.53	***
	Alleinerz. ohne Berufsrolle	0.69	2.00	***	0.44	1.56		1.36	3.88	
	trad. "Ehefrauen" ohne Elternrolle	0.57	1.76	***	0.20	1.22		²		
	Rollenlose	1.11	3.02	***	0.76	2.14	***	1.56	4.77	***
Rollenkonf. * Jahr	Trirollenträger 2002 (Basis)			***			***			
	Alleinerziehende 2002	0.05	1.05		-0.04	0.97		0.66	1.94	
	Partnerpersonen 2002	0.22	1.24		0.14	1.15		0.20	1.22	
	Singles 2002	0.24	1.28		0.19	1.21		0.29	1.34	
	trad. "Mütter" 2002	0.14	1.15		-0.01	0.99		0.58	1.79	
	Alleinerz. ohne Berufsrolle 2002	1.15	3.15	***	1.19	3.30	***	0.61	1.83	
	trad. "Ehefrauen" ohne Elternrolle '02	0.48	1.61	***	0.52	1.68	**	²		
	Rollenlose 2002	0.63	1.89	***	0.80	2.23	***	0.23	1.26	
Konstante		-3.30	0.04	***	-2.89	0.06	***	-3.48	0.03	***
Nagelkerke R Square/ n		0.09	17'921		0.09	9'459		0.12	8'462	

* 10%; ** 5%; *** 1% Signifikanzniveau

¹ Gut und sehr gut = 0 / mittel bis sehr schlecht = 1; ² n<10

Tabelle 8-5: Körperliche Beschwerden¹ 1992 und 2002

		Modell 8			Modell 9			Modell 10 (Frauen)			Modell 11 (Männer)		
		B	Exp(B)	Sig.	B	Exp(B)	Sig.	B	Exp(B)	Sig.	B	Exp(B)	Sig.
Alter	30-39 Jahre	0.01	1.01		-0.01	0.99		0.03	1.03		-0.04	0.97	
	40-49 (Basis)												
	50-59	0.05	1.05		0.00	1.00		0.02	1.02		-0.02	0.98	
Geschlecht	Frau (Basis Mann)	0.62	1.86	***	0.52	1.68	***						
Jahr	2002 (Basis 1992)	0.14	1.15	***	0.17	1.19	***	0.16	1.18	***	0.17	1.18	***
Bildung	obligatorische Schule	0.16	1.17	***	0.15	1.16	**	0.08	1.09		0.17	1.19	**
	Sekundarstufe II	-0.05	0.95		-0.06	0.94		-0.13	0.88	**	-0.01	0.99	
	Tertiärstufe (Basis)			***			***			***			*
Einkommen	bis 3000	0.15	1.17	***	0.21	1.23	***	0.23	1.26	***	0.21	1.24	***
	3000 - 4499	0.21	1.23	***	0.25	1.28	***	0.28	1.33	***	0.24	1.27	***
	4500 - 5999	0.08	1.08		0.09	1.09		0.17	1.18	**	0.03	1.03	
	6000+ (Basis)			***			***			***			***
Beruf	An-, ungelernte manuelle Berufe	0.15	1.16	***	0.13	1.14	**	0.27	1.31	**	0.05	1.05	
	Qualifizierte manuelle Berufe	0.16	1.17	**	0.13	1.14	**	0.30	1.35	**	0.05	1.05	
	Kleinunternehmer	-0.01	0.99		0.01	1.01		0.04	1.04		-0.02	0.98	
	Büroangestellte, andere n.m. Berufe	0.16	1.18	***	0.13	1.14	**	0.27	1.31	***	0.02	1.02	
	Höherqual. n.m.B./ mittl. Kader	0.13	1.14	**	0.11	1.12	**	0.24	1.27	**	0.04	1.04	
	Höhere Führungskräfte, freie B. (Basis)			***						**			
Rollenkonfiguration	Trirollenträger (Basis)						***			***			***
	Alleinerziehende				0.34	1.41	***	0.23	1.26	*	0.35	1.42	*
	Partnerpersonen				0.13	1.14	***	0.04	1.04		0.16	1.18	***
	Singles				0.21	1.24	***	0.07	1.07		0.28	1.32	***
	trad. "Mütter"				0.21	1.23	***	0.07	1.07		0.53	1.70	***
	Alleinerz. ohne Berufsrolle				0.47	1.59	***	0.34	1.41	*	0.59	1.80	
	trad. "Ehefrauen" ohne Elternrolle				0.41	1.51	***	0.20	1.22	**	²	²	²
	Rollenlose				0.56	1.75	***	0.41	1.50	***	0.67	1.95	***
Konstante		-0.33	0.72	***	-0.46	0.63	***	0.07	1.07		-0.44	0.64	***
Nagelkerke R Square/ n		0.04	/	17'047	0.05	/	16'736	0.01	/	8'832	0.02	/	7'904

* 10%; ** 5%; *** 1% Signifikanzniveau

¹ kaum bis keine Beschwerden = 0 / einige bis starke Beschwerden = 1; ² n<10

Tabelle 8-6: Körperliche Beschwerden¹ 1992 und 2002, mit Jahr als Interaktion

		Modell 13			Modell 14 (Frauen)			Modell 15 (Männer)		
		B	Exp(B)	Sig.	B	Exp(B)	Sig.	B	Exp(B)	Sig.
Jahr	2002 (Basis 1992)	0.16	1.18		0.27	1.32		0.01	1.01	
Alter	30-39 Jahre (Basis)			**			**			
	40-49	0.12	1.13	**	0.16	1.18	**	0.07	1.07	
	50-59	0.16	1.18	***	0.19	1.21	**	0.13	1.14	
Alter * Jahr	30-39 Jahre (Basis)			***			***			
	40-49	-0.21	0.81	***	-0.36	0.70	***	-0.06	0.94	
	50-59	-0.28	0.76	***	-0.37	0.69	***	-0.20	0.82	*
Geschlecht	Frau (Basis Mann)	0.53	1.69	***						
Geschlecht * Jahr	Frau (Basis Mann)	-0.02	0.98							
Bildung	obligatorische Schule	0.22	1.24	**	0.15	1.17		0.25	1.29	
	Sekundarstufe II	-0.05	0.95		-0.08	0.92		-0.01	0.99	*
	Tertiärstufe (Basis)			***			**			*
Bildung * Jahr	obligatorische Schule	-0.15	0.86		-0.17	0.84		-0.16	0.86	
	Sekundarstufe II	-0.03	0.97		-0.12	0.89		-0.01	0.99	
	Tertiärstufe (Basis)									
Einkommen	bis 3000	0.08	1.09		0.29	1.34	*	-0.02	0.98	
	3000 - 4499	0.18	1.19	*	0.40	1.50	***	0.04	1.04	
	4500 - 5999	0.06	1.07		0.33	1.38	**	-0.10	0.91	
	6000+ (Basis)						*			
Einkommen * Jahr	bis 3000	0.22	1.25	*	-0.06	0.95		0.40	1.50	**
	3000 - 4499	0.12	1.13		-0.15	0.86		0.32	1.38	**
	4500 - 5999	0.04	1.05		-0.21	0.81		0.19	1.21	
	6000+ (Basis)									
Beruf	An-, ungelernte manuelle Berufe	0.16	1.18		0.22	1.24		0.10	1.10	
	Qualifizierte manuelle Berufe	0.21	1.23	*	0.34	1.40		0.16	1.18	
	Kleinunternehmer	0.04	1.04		-0.04	0.97		0.07	1.07	
	Büroangestellte, andere n.m. Beru	0.17	1.18	*	0.22	1.24		0.00	1.00	
	Höherqual. n.m.B./ mittl. Kader	0.10	1.11		0.04	1.05		0.18	1.20	*
	Höhere Führungskräfte, freie B. (Basis)									
Beruf * Jahr	An-, ungelernte manuelle Berufe	-0.07	0.93		0.04	1.04		-0.08	0.92	
	Qualifizierte manuelle Berufe	-0.14	0.87		-0.05	0.95		-0.23	0.80	
	Kleinunternehmer	-0.07	0.93		0.13	1.14		-0.16	0.85	
	Büroangestellte, andere n.m. Beru	-0.08	0.93		0.08	1.08		0.02	1.02	
	Höherqual. n.m.B./ mittl. Kader	0.01	1.01		0.34	1.40		-0.25	0.78	*
	Höhere Führungskräfte, freie B. (Basis)									
Rollenkonfiguration	Trirollenträger (Basis)			***			**			***
	Alleinerziehende	0.56	1.75	***	0.37	1.45	*	0.64	1.89	**
	Partnerpersonen	0.01	1.01		-0.16	0.85		0.06	1.07	
	Singles	0.10	1.10		-0.09	0.91		0.14	1.15	
	trad. "Mütter"	0.14	1.14		-0.05	0.95		0.44	1.55	
	Alleinerz. ohne Berufsrolle	0.25	1.29		0.11	1.12		-0.54	0.58	
	trad. "Ehefrauen" ohne Elternrolle	0.33	1.39	***	0.11	1.12		²		
	Rollenlose	0.46	1.59	***	0.24	1.28		0.61	1.83	***
Rollenkonfiguration * Jahr	Trirollenträger (Basis)			**						
	Alleinerziehende	-0.46	0.63	**	-0.32	0.73		-0.63	0.53	
	Partnerpersonen	0.22	1.24	**	0.32	1.37		0.19	1.21	
	Singles	0.19	1.21		0.24	1.27		0.24	1.27	*
	trad. "Mütter"	0.13	1.14		0.20	1.22		0.15	1.16	
	Alleinerz. ohne Berufsrolle	0.73	2.07	*	0.72	2.05		3.77	43.35	
	trad. "Ehefrauen" ohne Elternrolle	0.16	1.17		0.13	1.14		²		
	Rollenlose	0.15	1.17		0.24	1.28		0.11	1.11	
Konstante		-0.44	0.64	***	0.05	1.05		-0.36	0.70	***
Nagelkerke R Square/ n		0.05	/	16'736	0.17	/	8'832	0.02	/	7'904

* 10%; ** 5%; *** 1% Signifikanzniveau

1 kaum bis keine Beschwerden = 0 / einige bis starke Beschwerden = 1; 2 n<10

Tabelle 8-7: Schlechtes psychisches Wohlbefinden¹ 1992 und 2002

		Modell 16			Modell 17			Modell 18 (Frauen)			Modell 19 (Männer)		
		B	Exp(B)	Sig.	B	Exp(B)	Sig.	B	Exp(B)	Sig.	B	Exp(B)	Sig.
Alter	30-39 Jahre	0.37	1.45	***	0.36	1.43	***	0.38	1.47	***	0.35	1.42	***
	40-49	0.18	1.20	***	0.19	1.20	***	0.18	1.20	***	0.19	1.21	***
	50-59 (Basis)			***			***			***			***
Geschlecht	Frau (Basis Mann)	0.10	1.11	***	0.04	1.04							
Jahr	2002 (Basis 1992)	-0.34	0.71	***	-0.324	0.73	***	-0.355	0.70	***	-0.301	0.74	***
Bildung	obligatorische Schule	0.02	1.02		0.03	1.03		0.00	1.00		0.03	1.03	
	Sekundarstufe II (Basis)			*			***			**			
	Tertiärstufe	0.09	1.10	**	0.09	1.10	**	0.17	1.19	***	0.03	1.03	
Einkommen	bis 3000	0.11	1.12	**	0.13	1.14	**	0.10	1.10		0.17	1.19	**
	3000 - 4499	0.07	1.07		0.09	1.10	*	0.11	1.12		0.09	1.09	
	4500 - 5999	0.01	1.01		0.01	1.01		0.02	1.02		0.02	1.02	
	6000+ (Basis)			*			*						
Beruf	An-, ungelernte manuelle Berufe	0.06	1.06		0.03	1.03		0.13	1.14		-0.07	0.93	
	Qualifizierte manuelle Berufe	0.05	1.05		0.02	1.02		0.10	1.11		-0.04	0.97	
	Kleinunternehmer (Basis)												
	Büroangestellte, andere n.m. Berufe	0.10	1.11	*	0.07	1.08		0.08	1.08		0.14	1.15	
	Höherqual. n.m.B./ mittl. Kader	0.08	1.09		0.05	1.05		0.07	1.08		0.04	1.04	
Rollenkonfiguration	Höhere Führungskräfte, freie B.	0.07	1.07		0.06	1.06		-0.03	0.97		0.12	1.13	
	Trirollenträger				0.08	1.09		0.16	1.18		-0.03	0.97	
	Alleinerziehende (Basis)						***			***			
	Partnerpersonen				0.06	1.06		0.10	1.11		-0.05	0.95	
	Singles				0.26	1.30	**	0.32	1.37	***	0.15	1.16	
	trad. "Mütter"				0.24	1.27	**	0.23	1.26	**	0.67	1.94	***
	Alleinerz. ohne Berufsrolle				0.87	2.39	***	0.83	2.29	***	4.26	70.85	
	trad. "Ehefrauen" ohne Elternrolle				0.10	1.11		0.08	1.08		²	²	²
Konstante	Rollenlose				0.55	1.73	***	0.56	1.75	***	0.48	1.61	**
		-0.59	0.56	***	-0.70	0.49	***	-0.74	0.48	***	-0.58	0.56	***
Nagelkerke R Square/ n		0.02	/	17'372	0.03	/	17'037	0.03	/	9'1'48	0.03	/	7'925

* 10%; ** 5%; *** 1% Signifikanzniveau

¹ hohes psychisches Wohlbefinden = 0 / niedriges bis mittleres psychisches Wohlbefinden = 1; ² n<10

Tabelle 8-8: Schlechtes psychisches Wohlbefinden¹ 1992 und 2002, mit Jahr als I.

		Modell 20			Modell 21 (Frauen)			Modell 22 (Männer)		
		B	Exp(B)	Sig.	B	Exp(B)	Sig.	B	Exp(B)	Sig.
Jahr	2002 (Basis 1992)	-0.43	0.65	***	-0.46	0.63	*	-0.45	0.64	***
Alter	30-39 Jahre (Basis)			***			***			*
	40-49	-0.17	0.85	***	-0.20	0.82	***	-0.14	0.87	***
	50-59	-0.26	0.78	***	-0.26	0.77	***	-0.26	0.77	***
Alter * Jahr	30-39 Jahre (Basis)						*			
	40-49	-0.02	0.98	**	-0.02	0.98		-0.03	0.97	
	50-59	-0.19	0.83	*	-0.24	0.79	**	-0.14	0.87	
Geschlecht	Frau (Basis Mann)	0.07	1.07							
Geschlecht * Jahr	Frau (Basis Mann)	-0.06	0.95							
Bildung	obligatorische Schule	-0.09	0.91		-0.12	0.89		-0.05	0.95	
	Sekundarstufe II	-0.14	0.87	**	-0.10	0.90		-0.16	0.85	*
	Tertiärstufe (Basis)			*						
Bildung * Jahr	obligatorische Schule	0.04	1.04		-0.10	0.90		0.08	1.08	
	Sekundarstufe II	0.08	1.08		-0.14	0.87		0.23	1.26	*
	Tertiärstufe (Basis)									
Einkommen	bis 3000	-0.04	0.96		-0.12	0.89		0.06	1.07	
	3000 - 4499	-0.03	0.97		-0.02	0.98		-0.06	0.94	
	4500 - 5999	-0.06	0.94		-0.19	0.83		0.05	1.05	
	6000+ (Basis)									
Einkommen * Jahr	bis 3000	0.28	1.32	**	0.35	1.42		0.20	1.22	
	3000 - 4499	0.19	1.21		0.17	1.18		0.26	1.29	
	4500 - 5999	0.12	1.12		0.30	1.35		-0.05	0.96	
	6000+ (Basis)									
Beruf	An-, ungelernte manuelle E	0.00	1.00		0.13	1.13		-0.12	0.89	
	Qualifizierte manuelle Beru	0.03	1.03		0.27	1.30		-0.08	0.93	
	Kleinunternehmer	-0.03	0.97		-0.02	0.98		-0.05	0.95	
	Büroangestellte, andere n.	0.08	1.09		0.09	1.10		0.15	1.16	
	Höherqual. n.m.B./ mittl. k	-0.04	0.97		-0.01	0.99		-0.05	0.95	
	Höhere Führungskräfte, freie B. (Basis)									
Beruf * Jahr	An-, ungelernte manuelle E	-0.08	0.92		0.03	1.03		-0.12	0.88	
	Qualifizierte manuelle Beru	-0.14	0.87		-0.22	0.80		-0.15	0.86	
	Kleinunternehmer	-0.07	0.94		0.09	1.10		-0.14	0.87	
	Büroangestellte, andere n.	-0.13	0.88		0.03	1.03		-0.24	0.79	
	Höherqual. n.m.B./ mittl. k	0.04	1.04		0.19	1.21		-0.06	0.94	
	Höhere Führungskräfte, freie B. (Basis)									
Rollenkonfiguration	Trirollenträger (Basis)			***			***			***
	Alleinerziehende	-0.13	0.88		-0.28	0.76		0.30	1.35	
	Partnerpersonen	-0.05	0.96		0.02	1.02		-0.07	0.93	
	Singles	0.16	1.17	**	0.21	1.23		0.12	1.13	
	trad. "Mütter"	0.17	1.19	**	0.11	1.12		0.72	2.05	**
	Alleinerz. ohne Berufsrolle	0.70	2.02	***	0.62	1.86	***	4.11	61.08	
	trad. "Ehefrauen" ohne Elter	0.01	1.01		-0.09	0.91		²		
	Rollenlose	0.48	1.61	***	0.35	1.42	**	0.73	2.07	***
Rollenkonfiguration * Jahr	Trirollenträger (Basis)									
	Alleinerziehende	0.13	1.13		0.32	1.38		-0.60	0.55	
	Partnerpersonen	0.04	1.04		-0.12	0.89		0.12	1.12	
	Singles	0.03	1.03		-0.09	0.92		0.11	1.11	
	trad. "Mütter"	-0.04	0.96		-0.07	0.93		-0.03	0.97	
	Alleinerz. ohne Berufsrolle	0.30	1.34		0.27	1.31		0.47	1.59	
	trad. "Ehefrauen" ohne Elter	0.03	1.03		0.05	1.05		²		
Konstante		0.30	1.35	***	0.41	1.51	*	0.27	1.31	**
	Nagelkerke R Square/ n	0.03		17'037	0.03		9'148	0.03		7'925

* 10%; ** 5%; *** 1% Signifikanzniveau

¹ Gut und sehr gut = 0 / mittel bis sehr schlecht = 1; ² n<10

Tabelle 8-9: Starke Raucher und Tabakabstinente¹ 1992 und 2002

		Modell 23			Modell 24			Modell 25 (Frauen)			Modell 26 (Männer)		
		B	Exp(B)	Sig.	B	Exp(B)	Sig.	B	Exp(B)	Sig.	B	Exp(B)	Sig.
Alter	30-39 Jahre	0.13	1.14	***	0.21	1.24	***	0.53	1.70		-0.06	0.94	
	40-49	0.31	1.36	**	0.38	1.46	***	0.60	1.83	*	0.18	1.20	*
	50-59 (Basis)			***			***			***			***
Geschlecht	Mann (Basis Frau)	0.83	2.30	***	0.72	2.06	***						
Jahr	2002 (Basis 1992)	-0.24	0.79	***	-0.16	0.85	***	0.04	1.04	***	-0.37	0.69	***
Bildung	obligatorische Schule	0.65	1.91	***	0.61	1.84	***			***	0.70	2.00	***
	Sekundarstufe II	0.38	1.47	***	0.38	1.47	***	0.57	1.77	***	0.45	1.57	***
	Tertiärstufe (Basis)			***			***	0.28	1.33	***			***
Einkommen	bis 3000 (Basis)			**				0.14	1.15				
	3000 - 4499 (Basis Modell 25)	0.13	1.13	***	-0.04	0.96					0.11	1.12	
	4500 - 5999	0.35	1.42	***	0.01	1.01		0.04	1.04		0.18	1.19	
	6000+	0.35	1.42	***	-0.04	0.97		0.00	1.00		0.19	1.21	
Beruf	An-, ungelernte manuelle Berufe	0.45	1.57	**	0.38	1.47	***	0.29	1.34	***	0.51	1.66	***
	Qualifizierte manuelle Berufe	0.71	2.04	***	0.60	1.82	***	0.56	1.75	***	0.63	1.88	***
	Kleinunternehmer	0.51	1.67	***	0.40	1.50	***	0.48	1.62	***	0.42	1.52	***
	Büroangestellte, andere n.m. Berufe	0.58	1.79	***	0.46	1.59	***	0.52	1.68	***	0.40	1.50	***
	Höherqual. n.m.B./ mittl. Kader	0.21	1.23	**	0.09	1.10		0.15	1.16		0.05	1.05	
	Höhere Führungskräfte, freie B. (Basis)			***			***			***			***
Rollenkonfiguration	Trirollenträger (Basis)						***			***			***
	Alleinerziehende				1.15	3.17	***	1.29	3.65	***	0.84	2.33	***
	Partnerpersonen				0.41	1.50	***	0.44	1.55	***	0.29	1.34	***
	Singles				0.63	1.87	***	0.89	2.42	***	0.38	1.46	***
	trad. "Mütter"				-0.38	0.68	***	-0.47	0.63	***	0.66	1.93	***
	Alleinerz. ohne Berufsrolle				0.42	1.52		0.42	1.52		1.74	5.70	
	trad. "Ehefrauen" ohne Elternrolle				-0.06	0.94		0.01	1.01	*	²		
	Rollenlose				0.84	2.31	***	0.86	2.36	***	0.96	2.61	***
Konstante		-1.63	0.20	***	-1.77	0.17	***	-2.76	0.06	***	-1.57	0.21	***
Nagelkerke R Square/ n		0.07		10'256	0.10		10'054	0.09		5'621	0.07		4'433

* 10%; ** 5%; *** 1% Signifikanzniveau

¹ Nie mehr als 6 Monate regelmässig geraucht = 0 / Raucht 20 und mehr Zigaretten am Tag = 1; ² n<10

Tabelle 8-10: Starke Raucher und Tabakabstinente¹ 1992 und 2002, mit Jahr als I.

		Modell 26			Modell 27 (Frauen)			Modell 28 (Männer)		
		B	Exp(B)	Sig.	B	Exp(B)	Sig.	B	Exp(B)	Sig.
Jahr	2002 (Basis 1992)	0.37	1.44		0.33	1.40		0.12	1.13	
Alter	30-39 Jahre	0.58	1.79	***	1.07	2.92	***	0.16	1.18	
	40-49	0.58	1.78	***	0.83	2.30	***	0.35	1.42	***
	50-59 (Basis)			***			***			**
Alter * Jahr	30-39 Jahre	-0.68	0.51	***	-0.96	0.38	***	-0.43	0.65	**
	40-49	-0.35	0.70	***	-0.39	0.68	**	-0.32	0.72	*
	50-59 (Basis)			***			***			*
Geschlecht	Mann (Basis Frau)	0.85	2.34	***						
Geschlecht * Jahr	Mann (Basis Frau)	-0.23	0.79	*						
Bildung	obligatorische Schule	0.58	1.79	***	0.52	1.68	***	0.67	1.95	***
	Sekundarstufe II	0.36	1.44	***	0.20	1.22		0.48	1.62	***
	Tertiärstufe (Basis)			***			**			***
Bildung * Jahr	obligatorische Schule	0.15	1.16		0.25	1.28		0.06	1.07	
	Sekundarstufe II	0.06	1.06		0.24	1.27		-0.05	0.95	
	Tertiärstufe (Basis)									
Einkommen	bis 3000 (Basis)				0.13	1.14				*
	3000 - 4499 (Basis Modell 27)	0.07	1.07					0.28	1.33	**
	4500 - 5999	0.26	1.30	**	0.31	1.36	*	0.38	1.46	***
	6000+	0.14	1.15		0.32	1.37		0.26	1.29	
Einkommen * Jahr	bis 3000 (Basis)			**	0.07	1.07				
	3000 - 4499 (Basis Modell 27)	-0.23	0.79	*			**	-0.36	0.70	**
	4500 - 5999	-0.50	0.61	***	-0.47	0.63	**	-0.44	0.64	**
	6000+	-0.34	0.72	*	-0.50	0.61	*	-0.20	0.82	
Beruf	An-, ungelernte manuelle Berufe	0.30	1.35	*	0.15	1.16		0.40	1.48	**
	Qualifizierte manuelle Berufe	0.68	1.98	***	0.48	1.62	*	0.70	2.02	***
	Kleinunternehmer	0.35	1.42	**	0.33	1.40		0.38	1.46	*
	Büroangestellte, andere n.m. Berufe	0.50	1.64	***	0.50	1.65	***	0.38	1.46	*
	Höherqual. n.m.B./ mittl. Kader (B M 27)	0.11	1.12				***	0.12	1.13	
	Höhere Führungskräfte, freie B. (Basis)			***	0.03	1.03				***
Beruf * Jahr	An-, ungelernte manuelle Berufe	0.21	1.23		0.06	1.06		0.21	1.24	
	Qualifizierte manuelle Berufe	-0.14	0.87		-0.14	0.87		-0.13	0.88	
	Kleinunternehmer	0.12	1.13		0.02	1.02		0.09	1.09	
	Büroangestellte, andere n.m. Berufe	-0.05	0.96		-0.23	0.80		0.08	1.08	
	Höherqual. n.m.B./ mittl. Kader (B M 27)	-0.02	0.98					-0.12	0.89	
	Höhere Führungskräfte, freie B. (Basis)				-0.29	0.75				
Rollenkonfiguration	Trirollenträger (Basis)			***	0.41	1.51	*			***
	Alleinerziehende	0.37	1.45	***	1.62	5.03	***	0.77	2.16	**
	Partnerpersonen	1.46	4.30	***	0.69	1.98	***	0.29	1.34	**
	Singles	0.70	2.01	***	1.20	3.33	***	0.30	1.35	**
	trad. "Mütter" (Basis Modell 27)	0.87	2.38	***			***	0.59	1.81	
	Alleinerz. ohne Berufsrolle	0.24	1.27		0.15	1.16		1.48	4.37	
	trad. "Ehefrauen" ohne Elternrolle	0.27	1.31		0.47	1.60	**	²		
	Rollenlose	1.11	3.03	***	1.17	3.23	***	0.96	2.62	***
Rollenkonfiguration * Jahr	Trirollenträger (Basis)				0.13	1.14				
	Alleinerziehende	0.03	1.03		0.20	1.22		0.14	1.15	
	Partnerpersonen	0.13	1.13		0.43	1.54		0.00	1.00	
	Singles	0.16	1.17		0.30	1.35		0.18	1.19	
	trad. "Mütter" (Basis Modell 27)	0.26	1.30				*	0.07	1.07	
	Alleinerz. ohne Berufsrolle	1.65	5.20	***	1.83	6.25	***	3.44	31.16	
	trad. "Ehefrauen" ohne Elternrolle	0.11	1.12		-0.02	0.98		²		
	Rollenlose	0.17	1.19		0.28	1.32		-0.05	0.95	
Konstante		-3.17	0.04	***	-3.47	0.03	***	-1.81	0.16	***
Nagelkerke R Square/ n		0.11	/	10'054	0.10	/	5621	0.08	/	4'433

* 10%; ** 5%; *** 1% Signifikanzniveau

¹ Nie mehr als 6 Monate regelmässig geraucht = 0 / Raucht 20 und mehr Zigaretten am Tag = 1; ² n<10

Lebenslauf von Claudia König (geb. 1974)

Berufstätigkeit

- Seit 3. 2008 Postdoc, McGill Universität, Montreal Kanada
- Seit 1999 Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Soziologisches Institut der Universität Zürich
- Seit 2003 Diverse Lehraufträge in Soziologie, Universität Zürich
- 2004-2005 Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG, Zürich
- 2003-2004 Lehrauftrag, Pädagogische Hochschule Zürich

Ausbildung

- 2003 Lizentiat in Soziologie, Publizistikwissenschaften und Völkerrecht, Universität Zürich.
Lizentiatsarbeit bei Prof. Dr. Volker Bornschiefer
"Berufsmatura – Die Lösung zur Umsetzung der Chancengleichheit?"
- 1996 Matura, Kantonsschule Küsnacht, Zürich
- 1992-1993 Austauschjahr mit AFS, Colégio Sao Paulo, Salvador BA, Brasilien

Tätigkeiten im Ehrenamt und Mitgliedschaften

- Seit 2006 Public Health Schweiz (Mitglied)
- Seit 2005 Forschungskomitee Gesundheitssoziologie der Schweizerischen Gesellschaft für Soziologie (Vorstand)
- Seit 2003 International Sociological Association, Research Committees 04 und 28 (Mitglied)
- Seit 2001 Stiftung für Studentisches Wohnen Zürich (Stiftungsrätin)

